

폐엽절제술을 받고 퇴원한 폐암 환자의  
건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도

연세대학교 간호대학원

종양 전문 간호 전공

신 진 아

# 폐엽절제술을 받고 퇴원한 폐암 환자의 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도

지도 오의금 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2014년 12월 22일

연세대학교 간호대학원

종양 전문 간호 전공

신 진 아

# 신진아의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 오의금 인

심사위원 이향규 인

심사위원 김형렬 인

연세대학교 간호대학원

2014년 12월 22일

## 감사의 글

하고 싶다는 마음과 할 수 있다는 열정만으로 시작했던 석사과정동안 지난 시간이 어떻게 흘러갔는지도 모를 정도로 숨 가쁘게 달려왔습니다. 지나온 3년이라는 시간동안 많은 깨달음을 얻었고, 제 자신의 경험과 지식을 정리할 수 있었고, 부족한 스스로를 되돌아보며 한 뼘 더 성장할 수 있었던 소중한 시간이었습니다. 오늘의 이 결실이 완성될 수 있도록 도와주신 모든 분들께 진심으로 감사의 말씀을 올립니다.

먼저, 하고 싶은 것만 많아 논문의 주제조차도 정하지 못하고 헤매고 있을 때 주제를 선정하는 논문의 시작부터 마지막 마침표를 찍는 이 순간까지 귀한 시간을 허락해 주시고, 제가 길을 잃지 않고 나아갈 수 있도록 이끌어 주신 오의금 교수님께 진심으로 감사의 마음을 전합니다. 넓은 마음으로 여러 시행착오에도 배려를 아끼시지 않으며 예리한 조언으로 놓치기 쉬운 부분까지 세심하게 지도해 주시는 교수님이 계셨기에 석사 학위 논문을 마칠 수 있었습니다. 그리고 저를 지도 학생으로 받아주시고 논문심사과정을 통해 많은 사랑과 격려로 지도해주신 이항규 교수님께도 감사드립니다. 바쁘신 와중에도 논문지도를 흔쾌히 승낙해주시고, 논문의 자료 수집 과정을 허락해주시고 세심한 지도를 해주신 서울아산병원 흉부외과 김형렬 교수님께 감사드립니다. 또한 논문의 자료 수집 과정을 허락해주신 서울아산병원 흉부외과 김동관, 최세훈 교수님께도 감사드립니다.

직장 생활과 학업을 진행하는 것이 결코 쉽지 않은 일임에도 무사히 학업을 할 수 있도록 지원해주신 문호경 수선생님, 항상 격려를 아끼지 않는 조광자 부장님, 논문에 집중할 수 있도록 배려해주시고 응원해주신 이은진 수선생님, 논문 자료 수집 과정에서 많은 도움을 주신 문혜원 선생님과 흉부외과 외래 식구들, 흉부외과 의국 정은씨에게도 깊은 감사의 마음을 전합니다. 항상 옆에서 논문에 관심을 가져주며 응원해준 122병동, 134병동 식구들에게도 감사드립니다.

석사과정동안 그 누구보다 큰 힘이 되어주며 든든한 버팀목이자 원동력이 되어준 부모님, 감사합니다. 그리고 사랑합니다. 무뚝뚝하지만 항상 누나를 걱정해주는 남동생 진규에게도 고마운 마음을 전합니다. 석사학위 과정동안 맺어진 소중한 인연인 대학원 동기들 덕분에 힘든 시간을 이겨낼 수 있었고 즐겁고 행복한 추억을 담을 수 있었습니다. 바쁘다고 자주 연락을 못하였지만, 항상 부족한 친구를 사랑스러워하며 마음의 힘이 되어준 내 친구 배미영, 곁에서 용기와 힘을 전해주며 지켜준 이성실, 바른 길로 친구를 인도하며 도와주는 스승 같은 친구 손정은, 내 가족같은 친구 김미영, 나의 Role model 이수연 선생님, 나의 멘토 김도균 선생님께서 진심으로 사랑과 감사를 전합니다.

마지막으로 논문이 완성될 수 있게 가장 소중한 자료 수집에 흔쾌히 응해 주신 서울아산병원 흉부외과 환자분들에게 진심으로 머리 숙여 감사드립니다. 힘든 투병생활 중 용기와 희망을 잃지 마시고 쾌차하셔서 건강하고 행복한 삶을 보내실 수 있도록 기도드리겠습니다. 저의 논문이 폐암 환자와 가족들에게 조금이나마 도움이 되길 바랍니다.

2014년 12월

신진아 올림

# 차 례

차례 .....	i
I. 서론 .....	1
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	4
3. 용어의 정의 .....	4
II. 문헌고찰 .....	6
1. 폐암 수술 후 간호문제 .....	6
2. 폐암 환자의 건강관련 삶의 질 .....	8
3. 폐암 환자의 가정 간호 요구도 .....	10
III. 개념적 기틀 .....	13
IV. 연구방법 .....	15
1. 연구설계 .....	15
2. 연구대상 .....	15
3. 연구도구 .....	16
4. 자료수집방법 및 절차 .....	18
5. 연구의 윤리적 고려사항 .....	18

5. 자료분석방법 .....	19
<b>V. 연구결과</b> .....	20
1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성 .....	20
2. 연구대상자의 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도 .....	24
3. 연구 대상자의 일반적·질병관련 특성에 따른 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도 .....	26
4. 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구도 간의 상관관계 .....	42
<b>VI. 논의</b> .....	44
1. 폐엽절제술을 받은 폐암환자의 건강관련 삶의 질 .....	44
2. 폐엽절제술을 받은 폐암환자의 가정간호 요구도 .....	46
3. 연구의 제한점 .....	49
<b>VII. 결론 및 제언</b> .....	50
1. 결론 .....	50
2. 제언 .....	52
참고문헌 .....	54
부록 .....	59
영문초록 .....	73

## 표 차례

Table 1-1. General characteristics of the study participants .....	21
Table 1-2. Clinical characteristics of participants .....	23
Table 2. Health related quality of life and home care need .....	25
Table 3-1. Health related quality of life by demographic characteristics, clinical characteristics .....	27
Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics .....	33
Table 4. The correlation of study variables .....	43

## 부록 차례

부록 1. 기관윤리위원회 연구 승인서 .....	59
부록 2. 피험자 설명문 및 동의서 .....	61
부록 3. 설문지 .....	66



## 국 문 요 약

### 폐엽절제술을 받고 퇴원한 폐암 환자의 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도

본 연구에서는 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 받은 환자의 퇴원 후 첫 외래 방문 시까지의 가정에서 경험하는 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구를 파악하고 이를 기초자료로 하여 체계적인 간호중재 계획 수립 및 수술 전과 퇴원 후 교육과 간호중재를 개발하는데 필요한 기초자료를 제공하기 위함이다.

선행연구를 통해 연구의 개념적 기틀을 작성하였고 일반적 특성으로는 과거력, 흡연력을 선정하였으며 질병관련 특성으로는 폐암의 병기와 수술방법을 선정하였다. 건강관련 삶의 질은 기능상태(신체적 기능, 역할 기능, 정서적 기능, 인지적 기능, 사회적 기능)와 증상경험을 포함하였고 가정간호 요구도는 기본간호, 검사, 투약 및 주사, 교육, 상담, 의뢰 총 일곱 개의 항목을 포함하여 구성하였다. 자료 수집은 서울에 소재하는 A 종합병원에서 폐엽절제술을 시행 받은 폐암환자로 수술 후 처음 외래 방문하는 환자 101명이었으나 2명이 탈락되어 실제 대상자는 총 99명이며, 2014년 6월 25일부터 12월 24일까지 설문조사를 실시하였다. 자료 분석은 SPSS Stastistics 21을 이용하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 총 99명중 평균연령은 60.28세로 남자가 58.6%, 여자가 41.4%였고, 비소세포암 97명, 소세포암이 2명으로, 폐암 병기는 1기 47.5%가 가장 많았고 소세포암의 경우 2명 모두 제한적 병기였다. 진단에서 수술까지의 평균 기간은 16.85일이 걸렸으며 수술방법은 흉강경 수술 방법이 80.8%로 개흉술에 비해 2배 이상 많았다.

- 2) 건강관련 삶의 질에서 기능상태는 83.35점이 평균으로 항목별로 살펴보면 인지적 기능이 91.08점으로 가장 높게 나타났고 낮게 나타난 항목은 신체적 기능으로 71.97점이었다. 증상경험은 25.96점이 평균이었다. 가정간호 요구도는 평균 3.16점으로 치료적 간호가 2.31점으로 가장 낮은 반면, 의뢰서비스가 3.87점으로 가장 높았다.
- 3) 결혼상태에 따라 가정간호 요구도에서의 상담 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.080, p<0.05$ ). 병기에 있어서 가정간호 요구도에서의 검사 항목과 유의한 차이가 있었고( $F=3.104, p<0.05$ ), 투약항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=3.603, p<0.05$ ). 그리고 흡연력에 따라 가정간호 요구도에서의 상담 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=4.230, p<0.05$ ). 호흡기 질환 과거력에 따라 가정간호 요구도 중 치료적 간호 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.083, p<0.05$ ). 수술방법에 따라 투약항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.155, p<0.05$ ). 마지막으로 진단받은 후 수술까지의 기간은 가정간호 요구도의 전체와 유의한 차이가 있으며( $F=4.351, p<0.05$ ), 항목 중에는 검사( $F=6.489, p<0.05$ )와 투약( $F=3.321, p<0.05$ )에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.
- 4) 검사는 전체적인 기능상태와 유의한 음의 상관관계를 나타냈다( $r=-.201, p<0.05$ ). 치료적 간호는 신체적 기능( $r=-.336, p<0.01$ ), 역할기능( $r=-.367, p<0.01$ ), 사회적 기능( $r=-.306, p<0.01$ ), 전체적인 기능상태( $r=-.342, p<0.01$ )와 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타냈다. 그리고 신체적 기능은 전반적인 가정간호 요구도( $r=-.242, p<0.05$ )와 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타냈다.

결론적으로 배우자가 없는 환자의 경우 상담에 대한 가정간호 요구도가 높고, 병기가 높은 경우 검사와 투약에 대한 가정간호 요구도가 높으며 흡연은 많은 양을 오래할수록 상담에 대한 가정간호 요구도가 높은 것으로 나타났다. 그리고 호흡기 질환 과거력이 있는 경우 치료적 간호에 대한 가정간호 요구도가 높으며 진단받고 수술까지의 기간이 길어질수록 검사와 투약에 대한 가정간호 요구도가 높

은 것으로 나타났다. 전체적인 기능상태가 떨어질수록 전반적인 가정간호 요구도가 높고, 항목별로는 검사 및 치료적 간호에 대한 요구도가 높으며 신체적 기능, 역할기능, 사회적 기능이 떨어질수록 치료적 간호에 대한 요구도가 높으므로 수술 후 폐암환자의 호흡기 질환 과거력, 결혼상태, 병기, 흡연력, 진단후 수술까지의 기간을 미리 파악하고 사정하여 퇴원 후 자가관리 할 수 있는 중재방안이 필요하거나 가정간호가 필요할 것이라 생각된다.

---

핵심 되는 말 : 폐암, 흡연기간, 호흡기질환 과거력, 신체적 기능, 역할 기능, 사회적 기능, 건강관련 삶의 질, 가정간호 요구도

# I. 서 론

## 1. 연구의 필요성

의학의 발달과 생활환경의 개선에 따라 평균수명이 연장되고 있지만 노인인구의 증가, 흡연, 산업장과 주거환경에서의 발암물질의 피폭, 그리고 서구식 식생활 습관 등으로 암환자 수는 계속 증가하고 있다(대한결핵 및 호흡기학회, 2007). 2012년 통계청 자료에 의하면 총 사망자수 26만 7천명 중 악성 신생물(암)에 의한 사망률(인구 10만 명당)은 146.5명, 27.6%로 2002년부터 사망원인 1위를 차지하고 있다. 그 중 폐암(33.1명), 간암(22.5명), 위암(18.6명)순으로 현재 폐암에 의한 사망률이 1위를 차지하고 있다(통계청, 2013).

최근 건강검진률 증가 및 검진 방법의 발달로 폐암의 조기 진단의 경우가 늘어 나고 있다(김관민, 2011). 폐암은 병기에 따라 수술, 항암 화학요법, 방사선 요법을 병행하여 치료하고 있는데 이중 폐암의 조기발견 후에 실시하는 수술적 접근은 가장 확실한 치료방법으로 알려져 있다. 우리나라에서 2006년 한 해 폐암 수술 건수는 6,000건이었으며(건강보험심사평가원, 2007), 10년 동안 폐암 수술 건수도 2001년 98건(국가암정보센터, 2012)에서 2010년 2930건, 2011년 4795건으로 꾸준히 증가하고 있다(대한흉부외과학회, 2012). 폐암의 수술적 접근방법으로는 폐절제술이 있으며, 절제 범위에 따라 전폐절제술(pneumonectomy), 폐엽절제술(lobectomy), 분절절제술(segmentectomy)이 있고, 폐엽과 같이 임파절도 잘라내며 폐암의 위치와 크기에 따라 수술방법은 달라진다(Lewis, Heitkemer, Dirksen, & Bucher, 2007). 일반적인 폐암의 표준수술은 가슴을 절개하여 암이 존재하는 폐엽 전체를 떼어내는 폐엽 절제술 혹은 암의 위치에 따라 한쪽 폐 전체를 떼어내는 전폐 절제술과 동시에 폐장내와 종격동 림프절을 모두 제거하는 림프절 적출술을 시행하는 것이다(대한폐암학회, 2014). 대한흉부외과학회의 2011년 수술건수에 의하면 총 4795건중 2669건이 폐엽절제술로 총 55.7%를 차지하며, 폐암의 수술적 치료방법으로 가장 일반적으로 행하여지고 있다.

수술 후의 폐암 환자는 수술 자체에 의한 폐용적의 감소와 수술적 조작에 의한 폐울혈과 부종, 기관지내 분비물 증가 그리고 늑막강내의 혈액성 삼출액 저류 등으로 인하여 기도저항이 증가되며, 흉곽의 탄성이 감소되어, 호흡 부전 등이 초래될 가능성이 더욱 커진다(배병우 & 정황규, 1993). 뿐만 아니라 흉부 수술은 수술적 절개, 늑골과 늑골간 신경의 파괴, 늑막 염증, 폐 실질의 손상, 흉부 배액관의 삽입 등으로 인하여 수술 후 심한 통증과 감염의 위험성을 가져 올 수 있다(강은희, 2011). 폐암 수술 후 환자들은 심한 통증을 호소하고 폐기능의 감소로 심한 육체노동이나 운동, 등산 등에 있어 숨찬 증세가 계속 남게 되며 이에 항암화학요법까지 병용하는 경우는 골수의 정상적인 혈액세포들이 손상되어 감염 가능성이 높아지고 빈혈이 나타날 수 있고 오심, 구토, 설사, 변비 등 소화기계 문제와 탈모, 주사 부위 피부손상, 말초 신경염 등의 문제가 발생할 수 있다(서문자 et al., 1994). 뿐만 아니라 수술 후 폐기능이 회복되기까지는 약 3개월이 걸린다(Stephan et al., 2000). 따라서 수술 직후 폐암수술 합병증을 예방하고, 폐기능을 향상시키기 위해 환자가 수술 중 침착 되어 있는 가래를 뱉고, 심호흡을 함으로써, 폐의 확장을 돕는 호흡재활운동이 필요하다(정경주 & 이영숙, 2010). 수술 후 가능한 빠른 조기이상과 체위변경을 통해 수술 후 부동으로 인한 혈류속도의 저하나, 혈전증 등의 합병증을 예방하는 교육 또한 필요하다(Dewan, Kesieme, & Ramchandani, 2012). 폐절제술을 받은 환자에게 합병증을 예방하고, 수술 후 진행되는 치료 및 적응 과정을 성공적으로 마치기 위해서, 퇴원 후에도 지속적인 폐호흡운동과 식습관 및 생활환경의 변화, 꾸준한 운동, 금연과 계획된 수술 후 보조적 항암화학요법 및 방사선 용법에 대한 자가 관리의 수행이 필요하다. 이를 통해 환자 스스로의 치료과정에 직접 참여를 이끌어 장기적으로 폐암으로 폐 수술을 받은 환자의 치료 예후 및 삶의 질을 향상시킬 수 있다(홍영란, 2007).

그러나 재원기간을 단축시키려는 의료 체계 내에서 입원기간 동안 집약적인 의료행위만을 제공받기 때문에 암 환자들은 진단, 치료 및 부작용 관리에 대해 충분히 숙지하지 못한 상태로 퇴원하게 된다(주애라, 2009). 이로 인해 암 환자와 가족이 가정에서 수술 후 지속되는 증상이나 새롭게 나타나는 증상에 대해 상담할 만한 곳이 없다(성지현 et al., 2010). 이처럼 현재의 의료체계는 입원에서 퇴원까지

의 과정을 최대한으로 단축시키려는 병원의 경영전략과 환자 측의 의료비 증가 부담에 따른 조기퇴원의 추세로 인하여 암환자들이 퇴원 후 자가 간호를 수행 할 수 있는 추후관리에 대한 교육의 필요성은 더욱 증가되고 있다.

폐암 환자 간호에 관한 선행 연구를 살펴보면, 국외에서는 폐암 환자의 증상군과 삶의 질에 대한 연구(Gift, 2004; Ostroff, 2011; Yang, Ping., 2012)가 이루어지고 있고 폐절제술을 받은 환자들의 호흡중재증진 및 효과, 수술 전후 교육의 효과, 수술 후 합병증에 관련된 연구(Brown, 2011; Sarna, 2006)를 찾아볼 수 있었으나 폐엽절제술을 받은 폐암 환자만을 대상으로 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구도를 측정한 연구는 없었다. 국내에서는 DVD를 이용한 수술 전 폐암환자 교육이 수술 후 자가간호 지식과 수행율에 미치는 효과(홍영란, 2007), 호흡강화운동프로그램이 폐절제술 환자의 수술 후 폐기능 회복, 불안 및 수면에 미치는 효과(서영희 & 강현숙, 2007), 폐절제술을 받은 폐암 환자의 자가관리 역량과 자가관리 교육 요구도의 관계(김호곤, 2012) 등의 연구가 있다. 이외 증상군에 대한 연구가 있으나 수술과 항암, 방사선치료를 받은 환자군을 모두 포함하였거나 항암, 방사선 치료를 받은 환자군을 대상으로 한 연구(이성영 & 박현애, 2009; 이정림 & 김금순, 2011; 백선미, 2011; 김금순 et al., 2013)는 많은 반면 항암, 방사선 치료를 받지 않은 폐엽절제술을 받은 폐암 환자만을 대상으로 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구도를 파악한 연구는 찾아보기 어려울 뿐만 아니라 특히 폐암 수술 환자가 증가하는 것에 비해 그에 대한 연구도 미비한 실정이다. 따라서 근치적 수술의 기회가 증가한 만큼 폐엽절제술을 받은 폐암 환자의 건강관련 삶의 질을 확인하고 가정간호 요구도를 조사한 연구는 보다 체계적인 간호중재 계획 수립 및 수술 전과 퇴원 후 교육을 위한 중요한 밑거름이 될 것이다.

본 연구에서는 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 받은 환자의 퇴원 후 첫 외래 방문 시까지의 가정에서 경험하는 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구를 파악한다. 이를 기초자료로 하여 체계적인 간호중재 계획 수립 및 수술 전과 퇴원 후 교육을 통해 궁극적으로는 폐 수술을 받은 폐암 환자의 치료 예후 및 삶의 질 향상

을 위한 토대를 마련하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 시행 받은 환자가 퇴원 후 가정에서 자가 관리를 하면서 경험하는 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도를 파악하고자 한다. 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자가 경험하는 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도를 파악한다.
- 2) 대상자가 경험하는 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도의 차이를 파악한다.
- 3) 대상자의 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구도와의 상관관계를 파악한다.

## 3. 용어의 정의

### 1) 폐엽절제술

- (1) 이론적 정의 - 폐암, 폐결핵의 합병증, 기관지 합병증, 폐염, 폐진균증, 고립성 전이성 종양 등에서 폐의 엽을 제거하는 외과적 수술 방법이다(이두연, 1994).
- (2) 조작적 정의 - 본 연구에서는 S시 A 종합병원에 입원하여 폐암으로 진단받고 항암 및 방사선치료를 받지 않은 상태로 폐엽을 절제한 수술방법(lobectomy, sleeve lobectomy, bilobectomy 포함)을 말한다.

### 2) 건강관련 삶의 질

- (1) 이론적 정의 - 일상생활에서 질병으로 인한 신체적, 정신적, 사회적 영향에 대한 각 개인의 반응을 표현한 개념으로 건강과 관련된 삶의 질은 전반적인 건강과 관련된 개인 스스로의 평가이다(김숙영, 1999).
- (2) 조작적 정의 - 본 연구에서는 EORTC(European Organization for Research and Treatment of Cancer)에서 개발한 한글버전 EORTC Quality of Life Questionnaire, Core 30(EORTC QLQ-C30)중 기능척도 (Functional scale) 문항과 EORTC Quality of life Questionnaire, Lung cancer 13(EORTC QLQ-LC13)의 한글판 증상 척도 문항을 이용한다. 점수가 높을수록 기능적 건강상태가 좋으며 증상은 점수가 높을수록 많은 증상을 경험하는 것을 의미한다.

### 3) 가정간호 요구도

- (1) 이론적 정의 - 개인 또는 가족에게 건강상의 문제가 발생하였을 때, 가정간호사를 통해 가정에서 질병과 장애로부터 회복을 도모하기 위하여 개인과 가족의 건강을 유지, 증진시키기 위해 직접적으로 제공되는 간호활동에 대한 요구를 의미한다(이광옥, 1998).
- (2) 조작적 정의 - 본 연구에서는 Korea Health Industry Development Institute(2002)에 의해 개발된 The Home Health care Need Assessment를 사용한다. 점수가 높을수록 가정간호 요구도가 높은 것을 의미한다.



## II. 문 헌 고 찰

본 문헌고찰에서는 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 시행 받은 환자들이 퇴원 후 첫 외래방문까지의 가정에서의 경험하는 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구들을 확인하기 위한 목적으로 진행되었다. 문헌 고찰의 범위는 첫째, 폐암 수술 받은 환자들의 간호문제를 확인하고, 둘째, 폐암 환자의 건강관련 삶의 질 수준을 파악하며 셋째, 폐암 환자의 가정간호 요구도를 파악하는 것이다. 문헌고찰에 이용된 검색 데이터베이스는 RISS, CINAHL, Pubmed 이었고, 추가로 관련 문헌의 참고문헌을 이용하여 검색하였다. 이러한 고찰을 통해 연구 문제의 중요성을 파악하고자 한다.

### 1. 폐암 수술 환자의 간호문제

폐암이란 폐에 생기는 악성 종양을 말하며 원발성과 전이성이 있다. 원발성은 폐조직에서부터 생긴 암을 말하며 전이성은 다른 기관에서 발생한 암이 폐로 전이된 것이다. 원발성 폐암은 크게 소세포암과 비소세포암으로 구분되고, 비소세포암은 편평상피 세포암, 선암, 대세포암으로 세분화된다(정현식, 이승제 & 정수석, 2001). 폐암의 가장 흔한 증상은 기침, 가래 등의 비특이적 증상이나 암 발생 위치나 전이된 부위에 따라 증상이 다양하게 나타난다. 암 발생 위치가 호흡기에 국한되어 있는 경우는 기침, 객혈, 호흡곤란, 흉통 등이 나타나고, 주위 조직을 침범하였을 때는 쉼 목소리, 연하 곤란이 나타난다. 뇌에 전이된 경우 두통이나 구토, 어지러움 등이 있으며, 뼈에 전이된 경우 통증이 대표적인 증상이다. 때로는 암세포에서 생성되는 물질에 의해 식욕부진, 발열, 이상 호르몬 생성 등 여러 가지 신체적 증상이 나타난다(국가암정보센터, 2012). 질병 자체뿐만 아니라 수술, 항암화학요법, 방사선 치료 등의 치료 과정에서도 피로, 야간뇨, 기침, 통증, 호흡곤란, 허

약감, 식욕부진, 입 마름, 수면장애, 체중변화 등 다양한 증상이 나타난다(Gift et al., 2004).

폐엽절제술은 (단순)폐엽절제술, 양폐엽절제술, 소매폐엽절제술이 있으며 흉벽의 침범이 있는 경우 흉벽을 같이 절제한다. 모든 폐암의 수술 시에는 반드시 종격 림프절 검사를 시행하여 폐암의 정확한 병기를 확인하고 림프절에 전이가 있는 경우에는 림프절 청소술을 통하여 종양의 완전 제거를 기대할 수도 있다(김원곤, 김기봉, 이정렬, 박승일 & 강창현, 2007). 폐엽 절제술의 이점은 정상 기능을 가진 폐 조직을 많이 보존한다는 것과 사망률이 전 폐절제술에 비하여 적다는 것, 특히 고령자 혹은 만성 폐질환을 합병하고 있는 환자에서도 비교적 안전하게 시술할 수 있다는 것이다(김근호, 1992).

폐엽절제술 후에는 1초간 노력성 호기량(Forced expiratory volume at one second, FEV1)은 감소한다(이장훈, 2012). 뿐만 아니라 수술 자체에 의한 폐용적의 감소와 수술적 조작에 의한 폐울혈과 부종, 기관지내 분비물 증가 그리고 늑막강 내의 혈액성 삼출액 저류 등으로 인하여 기도저항이 증가되며, 흉곽의 탄성이 감소되어, 호흡 부전 등이 초래될 가능성이 더욱 커진다(배병우 & 정황규, 1993). 폐 절제술을 받은 환자에게 수술과 함께 수술 후 관리도 환자의 예후에 중요한 영향을 끼친다. 폐엽절제술 후 폐를 절제한 나머지 공간은 남아있는 폐가 자라는 것이 아니라 폐활량이 더 커지며 폐가 확장되고, 늑골 사이가 서서히 좁아지고, 횡격막이 조금씩 올라가면서 가슴 속을 채운다. 그래서 나머지 폐가 잘 자리잡게 된다. 이러한 과정을 더 빠르게 하기 위해 수술 후 호흡운동은 필수적으로 필요하다. 또한 환자의 폐절제 범위와 수술 전 폐기능 상태에 따라 폐기능의 소실과 이에 대한 환자의 호흡곤란 증상도 달라진다. 평소 폐기능이 아주 좋았던 환자는 폐엽절제술 후에도 호흡에 큰 차이를 느끼지 못하나, 수술 전 이미 폐기능이 낮거나 경계범위의 폐기능을 가지는 환자는 훨씬 더 숨찬 증상을 호소할 수 있다. 그러므로 수술 후 소실된 폐기능을 회복하기 위한 개별화된 노력이 요구된다(대한폐암학회, 2007). 퇴원 후에도 약 3개월 간 가슴속에 공기와 액체가 남아 있어 가슴통증을 유발할 수 있다. 이를 예방하기 위해서는 심호흡이나, 기침, 가벼운 운동 등을

통해 폐절제술 후 남아있는 폐의 기능을 올려주고 수술 부위에 공기와 액체가 생기지 않도록 하며 빨리 흡수되도록 해야 한다. 또한 수술 부위의 통증도 지속적으로 유발되기도 한다. 이는 수술 시 늑간을 벌리고 진행되므로 늑간 신경통이 남아있는 경우로 시간이 지남에 따라 서서히 사라진다(대한폐암학회, 2007). 선행연구인 Sarna L., Cooley M. E., Brown J. K., Chernechy C., Elashoff D., & Kotlerman J. (2008)의 연구에서 보면 폐엽절제술 후 1, 4개월에 나타나는 증상을 측정하여 비교하였는데 피로(57%), 호흡곤란(49%), 기침(29%), 통증(20%)이 종종으로 나타나는 증상이었으며 기침을 제외한 나머지 증상은 점차 감소한 결과가 나타났다.

폐암 수술 후 나타나는 사회심리적인 문제로 Nordicht(1980)은 암환자는 죄의식, 분노, 의존성, 우울, 통제력상실, 자책감 등과 같은 정서반응을 나타낸다고 보고하였으며, 암환자는 신체적 통증과 더불어 임종케 되리라는 예감, 가족에게 의존하게 됨으로서 오는 궁지의 상실, 고립감 등으로 격심한 정서상태의 변화를 겪는다고 하였다. Ostroff et al(2011)의 연구에서는 초기 폐암 환자가 수술적 치료 후 가장 많이 경험하는 증상인 호흡곤란과 통증은 기능 상태 및 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났고, 호흡곤란, 우울 정도가 높을수록, 신체활동 수준이 낮을수록 피로가 높게 나타났다. Sellick & Edwardson(2007)은 초기 암 환자를 대상으로 우울을 조사한 연구에서 폐암 환자는 17.6%, 대장암 10.5%, 유방암 5.3%로 폐암 환자의 우울상태가 다른 암 환자보다 높게 나타났다. 폐암 수술 환자는 치료로 인해 신체적인 부작용, 장기간의 치료, 치료 결과의 불확실성으로 인한 불안, 우울, 두려움, 심리적 충격, 고립감, 절망감 등과 같은 심리적 부작용을 겪게 되며 이러한 신체, 심리적 변화는 궁극적으로는 환자의 삶의 질을 부정적으로 변화시킨다(장군자, 박점희, 류은경, & 김현미, 1996).

## 2. 폐암 환자의 건강관련 삶의 질

본 연구에서의 건강관련 삶의 질은 기능상태와 증상경험 두 가지 하위영역을 포함한다. “기능 상태(Function Status)”란, 주어진 특정 업무를 수행할 수 있는 한 개인의 능력을 말하는 것으로 신체적 기능, 사회적 기능, 역할 기능, 정신적 기능 등으로 구성되어 있다(Wilson & Cleary, 1995). 이는 기본 욕구를 충족시키기 위한 개인의 능력이라고도 할 수 있으며(Larson, 1991), 자신에게 부여된 다차원적인 역할을 얼마나 수행하고 있는가를 나타내는 지표가 된다(Tulman, Fawcett & Mcevoy, 1991). Wilson & Cleary에 따르면, 기능상태의 가장 중요한 결정인자는 환자들의 증상이며, 물리적, 사회적 환경요소들도 기능상태에 영향을 미친다고 하였다. 그리고 증상경험(symptom experience)이란 생리적, 심리적, 사회적 기능과 감각 또는 인지의 변화를 반영하는 주관적 경험이다. 이는 개인에 따라 다양하게 나타나지만 강도(intensity), 시간성(timing), 고통감(distress), 질(quality)의 4가지 공통적 속성을 지닌다(Lenz et al., 1997).

폐암은 다른 암과 달리 조기발견이 어렵고 쉽게 전이되는 경향 때문에 학문적 발전과 치료적 섭생에도 불구하고 신체적 고통 및 기능 상태 정도가 다른 암에 비해 유의하게 높은 것으로 알려져 있다. 폐암은 다른 암과 비교하여 많은 신체적, 심리적 불편감을 나타내며 대부분이 심한 호흡곤란으로 일상생활이 어려울 정도라고 하였다. 이와 같이 폐암은 다른 부위의 암환자에 비해 많은 신체적 증상, 심리적 문제가 발생한다(오의금, 2002). 특히, 호흡곤란과 같은 호흡기계 증상들은 많은 폐암 환자들에게서 발생할 뿐 아니라 삶의 질과 기능상태에 매우 부정적인 영향을 주고 있다(Sarna et al., 2004).

오의금(2002)은 폐암환자의 기능상태 정도를 신체적 기능, 신체적 역할, 사회적 기능, 신체적 통증, 생동감, 정신건강, 전반적 건강의 8가지 영역으로 나누어 조사한 결과 신체적 역할 영역의 점수가 100점 기준 24.51점으로 가장 낮았으며, 신체적 통증점수가 100점 기준 54.84점으로 가장 높았다고 하였다. 김금순 외(2013)는 비소세포 폐암(폐암 병기가 1기 32.7%, 2기 19.8%, 3기 23.8%, 4기 23.8%이며, 진단 후 경과기간이 2년 이상 된 대상자 56.4%, 재발이 없는 경우 73.3%, 현재 항암 치료중인 환자 38.6%, 활동상태에 전혀 지장이 없는 단계의 대상자 61.4%임) 연구

에서는 영양상태와 최근 건강상태가 나쁜 군, 활동 상태가 저하된 군, 불안과 우울을 느끼는 군에서 기능적 상태가 낮은 것으로 나타났고 대상자가 지각하는 영양상태나 건강상태가 좋을수록 증상경험은 낮은 것으로 나타났다. 그리고 폐암 병기와 증상경험 간에는 유의한 상관관계를 보이지 않았으나 활동상태와 증상경험 간에는 유의한 중등도의 순상관관계를 보여 활동상태가 저하될수록 증상경험이 심한 것으로 나타났고, 오히려 병기와 상관없이 현재 항암화학요법과 같은 치료 중에 있는 경우 증상경험이 더 심각한 것으로 나타났다. 백선미(2011)의 연구에서는 폐암 환자의 기능 영역은 평균 72.5점이었다. 하위 영역의 기능 영역은 인지적 기능(78.1점), 정서적 기능(76.4점), 사회적 기능(73.9점), 역할 기능(68.1점), 신체적 기능(66.0점) 순이었고, 50-69세 연령층이 다른 연령층에 비해 삶의 질의 기능 영역이 유의하게 좋았다. 활동 정도가 좋을수록, 자아 존중감과 가족지지가 높을수록, 부작용증상이 적을수록 삶의 질의 기능 영역은 좋은 것으로 측정되었다.

### 3. 폐암 환자의 퇴원 및 간호 요구도

가정간호란 건강관리체제의 한 요소로서 치료, 지원, 예방적 측면을 모두 포함하며, 그 특성상 의료와 사회적인 면이 조화된 서비스로 질병이나 고통 또는 만성 질환이나 상해로 인한 장기간의 불구제한이 있는 개인이나 가족이(연령에 구분 없이) 최적의 건강, 활동 및 독립성을 유지할 수 있도록 가정에서 단독으로 또는 가정과 연합하여 제공하게 되는 간호활동(연세대학교 간호대학 간호정책연구소, 1997: 19에서 재인용) 으로 정의된다.

병원중심 가정간호사업은 병원 시설에서 고도의 기술적 자원을 활용하여 질환의 급성기때 효과적으로 환자의 문제를 해결하고 입원과 함께 의료팀들이 조기 퇴원을 계획하여 일정 수준에 도달하면 환자로 하여금 가정으로 돌아가 지속적인 서비스를 받게 하는 것을 말한다. 이러한 과정을 통해서 환자는 입원시에 받은 서비스와 동일한 수준의 서비스를 그대로 가정으로 옮겨와 연속적이며 일관된 치

료와 집중간호를 받을 수 있다(신인주, 2007). 가정간호서비스 내용은 가정간호업무편람(보건복지부, 2005)에 제시된 기본간호, 투약 및 주사, 검사, 치료적 간호, 교육 및 훈련, 상담, 의뢰 등 7개 영역이다.

암환자들은 변화된 건강상태나 가족 기능의 변화 등에 관한 준비 없이 병원에 입원하여 일정기간 치료를 받은 후 가정으로 돌아가서 자가간호를 행하게 된다. 의료비절감 효능을 높이기 위해 전반적인 재원일수 단축이 실행되고 있는 실정으로 조기 퇴원의 경향이 증가하여 입원 기간뿐만 아니라 가정에서도 치료 과정에서 받은 부작용을 줄이기 위해 자가 간호를 잘 수행할 필요성이 대두되고 있다(정해운 & 권명순, 2008).

폐암 수술 후 수술 절개부위의 통증은 근력의 감소와 기동성의 손상을 가져오는 일차적인 원인이 되며 양쪽 상지, 하지의 운동에 힘겨울 수 있다. 수술한 팔과 어깨는 특히 절개로 인한 통증과 부종으로 인해 운동능력이 손상 받기 쉽기 때문에 퇴원후 지속적인 팔운동과 걷기 운동 등 활동정도에 대해 세심한 교육이 요구된다. 그리고 수술상처와 흉관 삽입으로 인한 감염 위험이 있다(이승자, 2000). 지연된 삼관으로 인해 영양 장애가 초래될 수 있으며 재원일수 단축으로 흉관의 제거와 동시에 퇴원 처방을 받게 되고, 이러한 영양부족이나 면역저하는 감염을 일으키기 쉽기 때문에 균형잡힌 식사가 필요하다(Langston, 1992). 흡연은 기관지 및 폐 실질조직의 변화를 일으켜 폐환기능에 영향을 미치므로 금연에 대한 교육 또한 필요하다.

암 환자의 퇴원 후 가정간호 요구에 대한 선행 연구를 보면 권인수와 은영(199)의 연구에서는 전체 간호 영역중 직접 간호 요구보다 정보 영역의 간호요구가 더 많은 것으로 나타나 암 환자 간호 관리에서 충실한 정보를 제공하는 것이 중요한 것으로 나타났다. 2005년 보건복지부 연구의 서비스 제공 현황에서 보면, 보건소 요원들이 재가 암환자에 대한 가정방문 시 제공하는 서비스 중에서 제일 많은 빈도를 차지하는 것은 정서적 지지간호(92.6%)로 방문보건사업 수행시 거의 모든 보건소가 제공하는 것으로 나타났다. 다음이 환자교육(91.2%)을 제공하고 있으며, 가족에 대한 상담 및 교육, 욕창관리, 운동요법 지도, 안전관리 등의 서비스가 주로 제공되고 있는 것으로 나타났다(유수미, 2008).

암환자의 가정간호 요구도를 조사한 연구에서 기술적인 간호보다는 투약교육, 운동교육, 환자상태관리 등의 지지적 간호활동에 대한 요구도가 더 높은 것으로 보고되었는데(권인수 & 은영, 1998), 정경애(2011)는 재가 암환자(폐암 26%, 병기 4기 32.5%, 전이된 경우 48.9%)를 대상으로 가정간호서비스 만족도 및 요구도를 조사하였고 그 결과 신체적 간호요구도는 평균 58.54점, 정서적 간호요구도 17.23점, 사회적 간호요구도 15.55점, 영적 간호요구도 4.84점으로 나타났다.

이와 같은 선행연구를 토대로 볼 때 폐엽절제술을 받은 폐암 환자는 호흡곤란, 통증 등과 같은 증상이 지속되며 기능 상태가 저하된 상태에서 퇴원 하게 되고 퇴원 후 집에서 생활하는 동안 저하된 기능상태로 인하여 간호에 대한 요구를 가지게 된다. 이를 바탕으로 폐엽절제술을 받은 폐암 환자가 퇴원 후 첫 외래방문까지의 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도를 조사하여 체계적인 퇴원교육 및 간호중재 계획 수립에 대한 토대를 마련하고자 한다.

### Ⅲ. 개념적 기틀

본 연구의 개념적 기틀은 선행연구와 문헌을 토대로 도출하였고 개인적 요인, 건강관련 삶의 질, 가정간호 요구도의 세 가지 커다란 개념으로 구성되어 있다.

개인적 요인은 일반적 요인과 건강관련 요인으로 구분되어 있으며 일반적 요인은 과거력, 흡연력으로 구성되어 있고, 건강관련 요인은 폐암의 병기와 수술 방법을 포함하였다. 건강관련 삶의 질에는 기능상태와 증상경험으로 구성되어 있으며 기능상태는 신체적 기능, 역할 기능, 정서적 역할, 인지적 기능, 사회적 기능의 다섯 가지 하위 영역이 포함되었다. 가정간호 요구도는 가정간호사가 수행해야 할 7개 서비스 영역의 범주로서 기본간호, 검사, 투약 및 주사, 치료적 간호, 교육, 상담, 의뢰, 총 7가지 항목으로 구성하여 개인적 요인, 건강관련 삶의 질, 가정간호 요구도는 각각의 요인에 직·간접적인 영향을 미치는 것으로 구성되었다. 변인들간의 관계를 그린 본 연구의 개념적 기틀은 다음과 같다(Fig. 1).



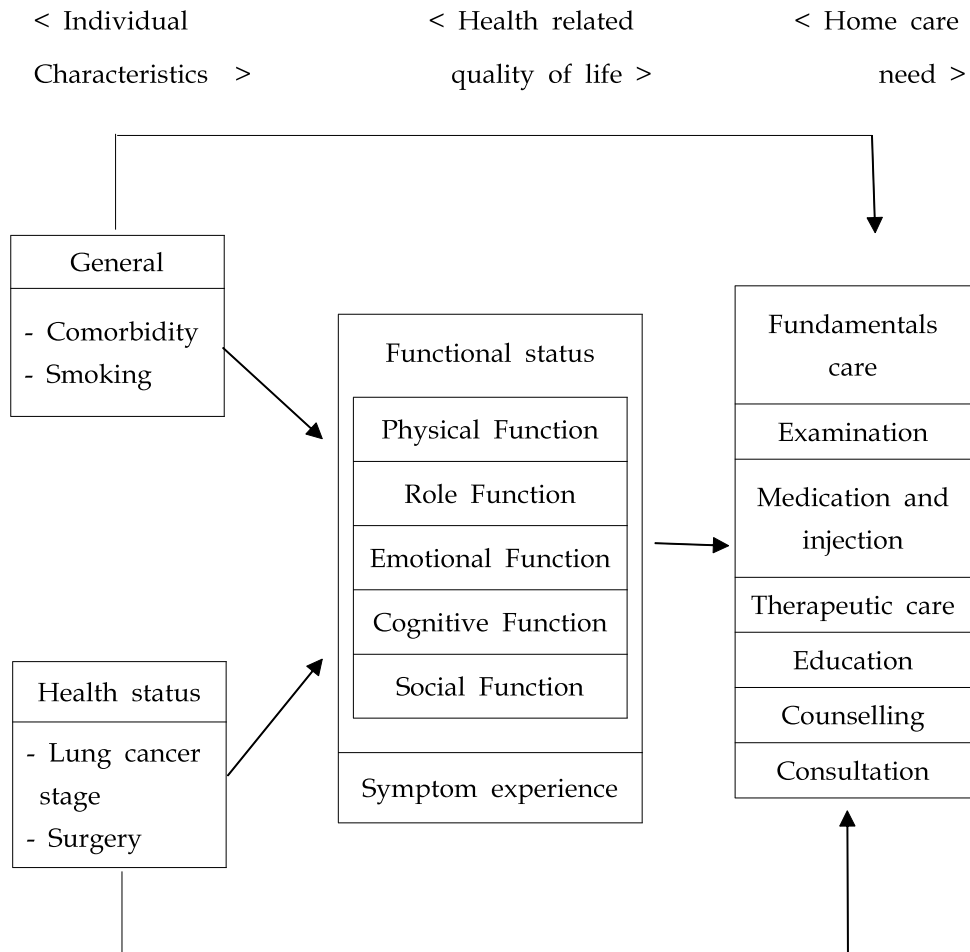


Figure 1. The explanatory models for Home care needs and Health related quality of life after discharge of lung cancer patients receiving Lobectomy

## IV. 연 구 방 법

### 1. 연구설계

본 연구는 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 시행 받은 환자를 대상으로, 환자들의 건강관련 삶의 질 및 퇴원 후 가정에서의 가정간호 요구를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상은 서울에 소재하는 A 종합병원에서 폐엽절제술을 시행 받은 폐암환자로 수술 후 처음 외래 방문하는 환자를 대상으로 하였다. 구체적인 대상자 선정기준은 다음과 같다.

#### 1) 대상자 선정 기준

- (1) 의사소통이 가능한 만 19세 이상의 성인 남녀 환자
- (2) 이차암의 진단 없이 폐암만 진단받은 자
- (3) 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 받고 퇴원 후 처음 외래를 방문한 자
- (4) 수술 전 항암 및 방사선 치료를 하지 않았고 암 치료를 위해 처음 수술을 시행한 자
- (5) 본 연구의 목적을 이해하고 참여하기로 서면 동의한 자

#### 2) 대상자 제외 기준

- (1) 18세 미만 미성년자

- (2) 이차암 진단이 있는 폐암 환자
- (3) 폐암 치료를 위해 항암, 방사선 치료를 받은 자
- (4) 연구를 거부한 자

### 3) 대상자 수 산출근거

본 연구에 필요한 예상 표본수는 G power를 이용하여 산출하였으며, F-test, 다중선행회귀분석을 사용한다는 가정 하에 양측검정, 중간효과크기 0.15, 유의수준 0.05, 검정력 0.80을 계산을 한 결과 92명이었다. 탈락률 10%를 고려하여 101명을 대상으로 하였다.

## 3. 연구도구

본 연구의 자료수집 도구는 일반적 특성, 질병관련 특성, 건강관련 삶의 질, 가정간호 요구도로 구성되었다.

### 1) 일반적 특성

나이, 성별, 교육수준, 결혼상태, 직업, 종교, 흡연력과 같은 일반적 특성을 조사했다.

### 2) 질병관련 특성

폐암 병기, 수술 방법, 수술 후 합병증, 동반질환과 같은 임상적 특성과 대상자의 신체상태를 조사하였다.

신체상태 평가도구는 세브란스 병원 가정간호시범사업소(1997)에서 개발한 신체상태 평가도구를 사용하였으며, 신체상태 12영역(활력증상, 의식수준, 영양, 호흡, 피부, 감각 및 운동, 배뇨 및 배변, 일상생활활동, 이동, 정서상태 및 적응, 보조인력, 시설)으로 구성되어 있다. 각 영역에 대한 점수는 1~5점 척도로 점수가 높

을수록 가정간호 요구도가 높은 것을 의미한다. 신체상태표는 Level I, II, III로 구성되는데 Level I은 환자문제가 경증 또는 회복이 된 상태를 의미하고, Level II는 환자문제가 중등증으로 전문 인력의 간헐적인 도움이 필요한 상태를 의미하며, Level III는 환자문제가 중증수준으로서 전문 인력의 집중적인 도움이 필요로 되는 상태이다. 신체상태를 평가하여 12개 영역에서 모두 Level I으로 평가된 경우는 퇴원대상자로 간주한다. 12개 영역에서 Level II가 1개 이상이고 Level III는 없는 것으로 평가된 경우는 가정간호요구 대상자로 간주한다. 12개 영역에서 Level III가 1개 이상 평가된 경우는 입원치료 대상자임을 의미한다.

### 3) 건강관련 삶의 질

EORTC(European Organization for Research and Treatment of Cancer)에서 개발한 한글버전 EORTC Quality of Life Questionnaire, Core 30(EORTC QLQ-C30)중 기능척도 (Functional scale) 14문항과 EORTC Quality of life Questionnaire, Lung cancer 13(EORTC QLQ-LC13)의 한글판 9문항을 이용하였다. 신체적 기능 (Physical Function) 4항목, 역할 기능(Role- Function) 2항목, 정서적 역할(Emotional Function) 4항목, 인지적 기능(Cognitive Function) 2문항, 사회적 기능(Social Function) 2항목, 증상경험(Symptom experience) 9문항을 포함한 총 23문항으로 구성되었다. 4점 척도로 점수는 EORTC QLQ 점수안내서에 따라 최소 0점에서 최대 100점으로 환산하였으며 기능상태는 점수가 높을수록 기능이 좋은 것을 의미하며 증상 영역 9문항은 점수가 높을수록 증상경험이 심한 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 본 연구에서는 .82이며, 이성영과 박현애(2009)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$ 는 영역별 .62~.91이었고, 김금순 외(2013)의 연구에서는 .84였다.

### 4) 가정간호 요구도

Korea Health Industry Development Institute(2002)에 의해 개발된 The Home Health care Need Assessment를 사용하였다. 도구의 내용은 가정간호사가 수행해야 할 7개 서비스 영역의 범주로서 기본간호 1문항, 검사 2문항, 투약 및 주사 2문항, 치료적 간호 2문항, 교육 2문항, 상담 2문항, 의뢰 서비스 1문항으로 구성된

총 7개 항목과 12문항으로 구성된 설문지를 이용하여 측정한다. 5점 척도로 점수가 높을수록 가정간호 요구도가 높은 것을 의미한다.

#### 4. 자료수집방법 및 절차

본 연구는 대상자를 보호하기 위해 조사병원의 피험자보호센터 임상연구 심의위원회(승인번호:2014-0587)와 조사대상 병원의 간호부의 승인을 받고, 해당 간호부서장에게 연구의 목적과 자료수집방법을 설명한 후 접근 허락을 받고 2014년 6월 25일부터 2014년 12월 24일까지 자료 수집을 진행하였다.

자료수집은 연구자의 소속기관인 S시 소재 A 종합병원 폐암병동에서 폐엽절제술을 시행 받고 퇴원한 환자를 대상으로 선정기준에 맞는 대상자를 확인 한 후 첫 외래 방문시 연구자가 직접 연구의 목적, 연구 참여의 자발성 및 비밀보장에 대해 설명하며 연구동의서를 받고 설문지를 작성하도록 하였다. 설문지를 이용하여 일대일 면담을 통해 직접 기록법으로 진행되며 설문 작성 소요시간은 15-20분였다. 대상자에게 설문지를 배부한 뒤 직접 기록이 가능한 경우 직접 기록하고, 직접 기록하기 어려운 경우 연구자가 대상자에게 질문을 하고 대답한 내용을 기록하였다.

작성된 설문지의 내용은 암호화하여 무기명으로 처리하여, 본 설문에서 수집된 자료는 잠글 수 있는 파일 캐비닛에 안전하게 보관되며, 캐비닛의 열쇠는 연구자가 지니고 있으며 연구자 본인 이외의 접근 권한이 없도록 하였다.

#### 5. 연구의 윤리적 고려사항

연구 대상자의 윤리적 측면을 고려하여 자료수집 전 연구자의 소속기관인 S시 소재 A 종합병원의 피험자보호센터 임상연구 심의위원회와 조사대상 병원의 간호부의 승인을 받고 해당 간호부서장에게 연구의 목적과 자료수집방법을 설명한 후

접근 허락을 받고 연구가 진행되었다. 자료 수집시 연구대상자에게 연구의 목적과 내용을 설명하고, 자발적으로 참여하도록 하였으며, 연구대상자의 익명성이 보장되고 설문에 포함된 연구내용은 연구 외의 다른 목적으로 절대 사용되지 않음을 설명하였다. 또한 대상자에게 원하면 언제든지 동의를 철회가 가능하고 철회 시 어떠한 불이익도 없음을 설명하였다. 수집된 자료는 잠금장치가 있는 장소에 별도로 보관되고 열쇠는 연구자가 지니고 있으면서 연구자의 접근이 제한되도록 하였다. 그리고 수집된 자료는 연구논문이 인쇄자료로 발표된 후에는 분쇄폐기처리 될 예정이다.

## 6. 자료분석방법

자료 분석은 SPSS Statistics 21을 이용하여 전산 통계하였고, 구체적 분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성은 실수, 백분율, 평균, 표준편차를 이용하여 서술적 통계로 구한다.
- 2) 연구변수인 흡연력, 운동정도, 호흡기질환 과거력, 폐암의 분류, 병기, 수술 방법, 재원일수, 폐기능 검사, 수술 후 합병증, 기능상태, 증상경험, 가정간호 요구도는 최대값, 최소값, 평균과 표준편차를 구한다.
- 3) 일반적 특성과 연구변수 간의 차이는 t-test, ANOVA를 이용하여 분석한다.
- 4) 연구변수 간의 상관관계는 Pearson 상관계수로 분석한다.

## V. 연 구 결 과

### 1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성

#### 1) 일반적 특성

본 연구에 참여한 대상자는 폐암을 진단받고 폐엽절제술을 받은 환자 99명으로, 대상자의 일반적 특성은 < Table 1-1 >과 같다.

성별은 남자가 58.6%, 여자가 41.4%였고, 평균연령은 60.28세로 60세 이하가 49명(49.5%)로 가장 많았고, 결혼상태는 배우자가 있는 경우가 85.5%이며, 표에 기술하지는 않았지만 주간호자가 배우자인 경우가 74.7%(74명), 본인인 경우가 10.1%(10명), 자녀인 경우가 9.1%(9명), 형제자매인 경우가 4.1%(4명), 기타인 경우가 2.0%(2명)이었다. 교육수준은 중학교 졸업 이하인 경우가 46.5%로 가장 많았으며, 정년퇴직을 포함하여 현재 직업이 없는 경우가 51.5%로 많이 나타났다.

Table 1-1. General characteristics of the study participants

(N=99)			
Characteristics	Categories	n	%
Gender	Male	58	58.6
	Female	41	41.4
Age(years)	≤60	49	49.5
	61~70	33	33.3
	71≤	17	17.2
Married State	Non-married	14	14.1
	Married	85	85.9
Religion	Yes	61	61.6
	No	38	38.4
Education	≤Middle school	46	46.5
	High school	25	25.2
	College≤	28	28.3
Monthly income (10,000 KRW)	<200	46	46.5
	200~299	23	23.2
	300≤	30	30.3
Occupation	Yes	48	48.5
	No	51	51.5



## 2) 질병관련 특성

대상자의 질병 관련 특성으로 흡연력, 폐암의 분류, 폐암의 병기, 호흡기질환 과거력, 진단후 수술까지의 기간, 수술 방법, 수술 후 합병증, 가정간호 대상자 분류를 파악하였다. 그 결과는 < Table 1-2 >와 같다.

흡연력은 흡연경험 후 현재 금연 중인 대상자가 53명으로 그중 30년갑이상이 66.0%로 가장 많았다. 폐암의 세포학적 분류에 따른 분포를 살펴보면 99명중 비소세포암 97명이며, 소세포암이 2명으로 비소세포암중 Adenocarcinoma가 72.2%로 가장 많았으며, 폐암 병기는 1기 47.5%, 소세포암의 경우 모두 제한적 병기로 조사되었다. 호흡기 질환 과거력이 있는 경우 13.1%였고, 호흡기 질환 과거력으로는 폐결핵, 만성폐쇄성폐질환, 천식, 간질성 폐질환, 폐기종이 있었다. 진단에서 수술까지의 평균 기간은 16.85일이 걸렸으며 17일미만이 58.6%로 가장 많았다. 수술 방법으로는 흉강경 수술이 80.8%, 개흉술이 19.2%로 흉강경 수술이 개흉술에 비해 2배 이상 많았다. 수술 후 합병증의 경우는 총 6건으로 chylothorax, hoarseness, A-fib, ileus, wound complication, traumatic urethral injury가 각 1건씩 발생하였고 합병증으로 인해 재입원 치료를 받은 경우는 없었다. 신체상태표에 의한 환자 분류지침으로 분류된 가정간호요구 대상자는 97.8%로 나타났고 이들은 가정간호의 잠재적 대상이 된다.

Table 1-2. Clinical characteristics of participants

(N=99)			
Characteristics	Categories	n	%
Smoking status (pack-years) (n=53)	<20	10	18.9
	20~29	8	15.1
	30 $\leq$	35	66.0
Diagnosis	NSCLC	97	98.0
	SCLC	2	2.0
Type of NSCLC	Adenocarcinoma	70	70.7
	Squamous carcinoma	23	23.2
	Large cell carcinoma	3	3.1
	Sarcomatoid carcinoma	1	1.0
Stage of cancer	Stage I & Limited disease	47	47.5
	Stage II	27	27.2
	Stage III	25	25.3
Pulmonary comorbidity	Yes	13	13.1
	No	86	86.9
During the preoperative phase	<17	58	58.6
	17~30	32	32.3
	31 $\leq$	9	9.1
Surgical approach	Thoracotomy	19	19.2
	VATS	80	80.8
Post-op. complication	Yes	6	6.1
	No	93	93.9
Home care classification	I	2	2.0
	II	97	98.0
	III	0	0

VATS : Video-assisted thoracoscopic surgery

## 2. 연구대상자의 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도

연구 대상자의 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구도를 측정한 결과는 < Table 2 > 와 같다.

기능상태는 83.35점이 평균이며 점수가 높을수록 기능상태가 좋은 것을 의미하는 것으로 전반적으로 양호한 것으로 나타났다. 항목별로 살펴보면 인지적 기능 91.08점, 사회적 기능이 88.72점으로 높게 나타난 반면 정서적 기능은 81.81점, 신체적 기능이 71.97점으로 낮게 나타났다. 뿐만 아니라 증상경험은 낮을수록 증상경험이 적은 것을 의미하며 평균 25.96점으로 나타났다. 가정간호 요구도는 점수가 높을수록 요구도가 높은 것을 의미하며 평균 3.16점으로 항목별로 보면 치료적 간호가 2.31점으로 가장 낮은 반면, 의뢰서비스가 3.87점으로 가장 높았다.

대상자중 가정간호 서비스 제도에 대해 전혀 모르는 경우가 63%였고 잘 알고 있는 경우는 3%에 불과하였다. 가정간호 서비스제도에 대해 설명 후 필요하다고 생각하는 대상자는 47%였으나 실제 가정간호를 받겠다고 하는 대상자는 34%로 나타났다. 가정간호를 받겠다고 대답한 이유는 정서적지지, 교육 및 상담이 필요해서가 35.3%(12명)로 가장 많았고 그 외 몸이 불편해서 23.6%(8명), 통증 17.6%(6명), 수술 상처 11.8%(4명), 여러 가지 이유로 필요하다는 경우 5.9%(2명), 혼자라서 2.9%(1명), 집이 지방이기 때문에 2.9%(1명)순으로 나타났다. 반면에 가정간호를 받지 않겠다고 대답한 이유는 필요성을 못 느낀다는 대답이 40%로 가장 많았으며, 내가 할 수 있으니까 30.8%, 병원에 가면 된다 13.8%, 가족이 있으니까 12.4%, 돈이 드니까 1.5%, 다른 사람이 오는 것이 불편하다가 1.5%로 나타났다.

Table 2. Health related quality of life and home care need

(N=99)			
Variables	Mean(SD)	Min	Max
Health related quality of life			
Cognitive Function	91.08(13.95)	16.67	100
Social Function	88.72(19.32)	00	100
Role-Function	84.18(21.61)	00	100
Emotional Function	81.81(22.51)	00	100
Physical Function	71.97(21.34)	00	100
Total	83.35(14.61)	38.33	100
Symptom scales	25.96(12.63)	3.70	59.26
Home care need			
Consultation	3.87(0.96)	1	5
Counselling	3.74(0.77)	1	5
Education	3.35(0.97)	1	5
Medication and injection	3.18(1.10)	1	5
Fundamentals of care	3.00(1.20)	1	5
Examination	2.98(1.08)	1	5
Therapeutic care	2.31(1.06)	1	5
Total	3.16(0.65)	1.42	4.25

### 3. 연구 대상자의 일반적·질병관련 특성에 따른 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구도

대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 건강관련 삶의 질을 알아보기 위하여 t-test와 ANOVA분석을 실시한 결과는 < Table 3 > 와 같다.

일반적 특성 중에서는 성별, 나이, 교육정도, 종교, 한달 평균수입, 직업에 따라 건강관련 삶의 질, 가정간호 요구도에 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 하지만 결혼상태에 따라 가정간호 요구도에서의 상담 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.080, p<0.05$ ).

질병관련 특성에서는 비소세포폐암종류, 수술방법, 수술 후 합병증 또한 건강관련 삶의 질, 가정간호 요구도와 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 하지만 병기에 있어서 가정간호 요구도에서의 검사항목과 유의한 차이가 있었고 ( $F=3.104, p<0.05$ ), 투약항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=3.603, p<0.05$ ). 그리고 흡연력에 따라 가정간호 요구도에서의 상담 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=4.230, p<0.05$ ). 호흡기 질환 과거력에 따라 가정간호 요구도 중 치료적 간호 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.083, p<0.05$ ). 수술방법에 따라 투약항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.155, p<0.05$ ). 마지막으로 진단받은 후 수술까지의 기간은 가정간호 요구도의 전체와 유의한 차이가 있으며( $F=4.351, p<0.05$ ), 항목 중에는 검사( $F=6.489, p<0.05$ )와 투약( $F=3.321, p<0.05$ )에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

Table 3-1. Health related quality of life by demographic characteristics, clinical characteristics

(N=99)

Characteristics	n(%)	Function status (Mean±SD) t or F(p)						
		Total	Physical	Role	Emotional	Cognitive	Social	Symptom
Gender								
Male	58(58.6)	84.57±15.58	74.14±20.69	84.77±23.83	83.48±23.23	90.52±15.33	89.94±21.16	23.94±11.72
Female	41(41.4)	81.63±13.13	68.90±22.13	83.33±18.26	77.03±21.15	91.87±11.86	86.99±16.46	28.82±13.44
		.987(.326)	1.205(.231)	.324(.746)	1.410(.162)	.473(.637)	.747(.457)	.265(.792)
Age(years)								
≤60	49(49.5)	82.82±12.76	71.09±19.55	83.33±19.25	79.08±21.19	90.82±13.63	89.79±15.52	26.00±12.06
61~70	33(33.3)	83.28±17.00	74.49±21.14	84.34±26.00	80.80±24.78	89.90±16.10	86.86±24.21	26.94±14.29
71≤	17(17.2)	85.00±15.42	69.60±26.99	86.27±19.75	85.78±22.20	94.12±10.11	89.22±19.49	23.96±11.20
		.125(.883)	.372(.690)	.116(.890)	.555(.576)	.525(.593)	.229(.795)	.307(.737)

Table 3-1. Health related quality of life by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)

Characteristics	n(%)	Function status (Mean±SD) t or F( <i>p</i> )						Symptom
		Total	Physical	Role	Emotional	Cognitive	Social	
Married State								
Non-married	14(14.1)	85.60±16.01	72.74±20.06	83.53±12.90	79.80±22.84	90.59±14.42	88.24±19.56	26.10±13.07
Married	85(85.9)	82.98±14.44	67.26±28.39	88.09±20.07	86.90±20.07	94.05±10.56	91.67±18.20	25.13±9.87
		-.618(.538)	.890(.376)	-.731(.467)	-1.095(.276)	-.859(.393)	-.614(.541)	.265(.792)
Education								
≤Middle school	46(46.5)	84.06±15.93	71.92±24.43	86.59±21.55	82.43±23.97	90.94±12.02	88.40±22.46	28.02±13.56
High school	25(25.2)	83.13±13.51	71.33±21.66	83.33±24.06	77.67±20.66	94.00±9.48	89.33±17.27	23.85±11.62
College≤	28(28.3)	82.38±13.72	72.62±15.53	80.95±19.62	80.95±22.09	88.69±19.27	88.69±15.75	24.47±11.77
		.116(.890)	.024(.977)	.614(.543)	.358(.700)	.960(.386)	.018(.890)	1.159(.318)

Table 3-1. Health related quality of life by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)

Characteristics	n(%)	Function status (Mean±SD) t or F(p)						Symptom
		Total	Physical	Role	Emotional	Cognitive	Social	
Monthly income(10,000 KRW)								
<200	46(46.5)	82.46±15.38	68.66±23.84	84.42±23.93	80.61±21.16	91.67±9.78	86.96±22.47	27.54±14.66
200~299	23(23.2)	82.03±16.18	74.28±21.75	84.78±20.67	75.00±27.64	86.96±20.69	89.13±18.54	23.67±9.05
300≤	30(30.3)	85.72±12.14	75.28±16.30	83.33±19.08	85.56±19.69	93.33±12.84	91.11±14.34	25.31±11.59
		.569(.568)	1.049(.354)	.034(.966)	1.448(.240)	1.485(.232)	.422(.657)	.773(.465)
Occupation								
Yes	48(48.5)	85.42±14.06	74.48±19.93	86.46±20.53	83.85±22.31	92.01±15.37	90.28±16.06	25.54±12.95
No	51(51.5)	81.41±14.99	69.61±22.54	82.03±22.57	77.94±22.54	90.20±12.55	87.25±22.00	26.36±12.43
		-1.371(.174)	-1.137(.259)	-1.020(.310)	-1.311(.193)	-.646(.420)	-.777(.439)	.322(.748)



Table 3-1. Health related quality of life by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)

Characteristics	n(%)	Function status (Mean±SD) t or F(p)						Symptom
		Total	Physical	Role	Emotional	Cognitive	Social	
Type of NSCLC								
Adenocarcinoma	70(70.7)	82.73±14.07	71.43±21.82	83.33±22.16	80.60±21.41	90.71±15.18	87.62±17.88	26.83±13.10
Squamous carcinoma	23(23.2)	86.16±14.02	73.91±19.02	88.41±16.23	82.97±25.06	92.03±9.89	93.48±21.75	23.83±11.86
Large cell carcinoma	3(3.1)	72.22±26.94	66.67±22.05	61.11±41.94	72.22±20.97	88.89±12.25	72.22±34.69	18.52±11.11
Sarcomatoid carcinoma	1(1.0)	63.33±.	33.33±.	83.33±.	33.33±.	83.33±.	83.33±.	37.04±.
		1.545(.208)	1.232(.303)	1.469(.228)	1.720(.168)	.167(.919)	1.286(.284)	.910(.440)
Smoking status(n=53)								
<20	10(18.9)	81.83±17.87	78.33±19.33	81.67±24.15	82.50±25.89	83.33±26.06	83.33±19.25	21.11±8.74
20~29	8(15.1)	88.96±9.59	69.79±23.96	91.67±21.60	89.58±13.18	95.83±11.79	97.62±5.89	19.44±10.24
30≤	35(66.0)	84.52±16.69	75.00±20.61	83.80±26.96	83.80±24.25	90.48±12.32	89.52±24.62	26.46±11.61
		.439(.647)	.374(.690)	.408(.667)	.242(.786)	1.479(.238)	.978(.383)	1.883(.163)

Table 3-1. Health related quality of life by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)

Characteristics	n(%)	Function status(Mean±SD) t or F(p)						Symptom
		Total	Physical	Role	Emotional	Cognitive	Social	
Stage of disease								
Stage I & LD	47(47.5)	85.50±14.30	76.06±20.61	84.75±24.03	84.75±20.66	92.20±11.96	89.72±18.24	25.30±13.20
Stage II	27(27.2)	84.75±11.65	72.22±20.67	85.80±17.73	81.17±17.84	93.21±8.35	91.36±13.37	26.47±12.98
Stage III	25(25.3)	77.80±17.00	64.00±22.01	81.33±21.15	73.00±28.49	86.67±20.41	84.00±25.68	26.67±11.52
		2.509(.087)	2.700(.072)	.305(.738)	2.228(.107)	1.744(.180)	1.062(.350)	.124(.883)
Pulmonary comorbidity								
Yes	13(13.1)	82.90±15.04	75.64±22.43	87.18±13.87	85.26±18.99	89.74±12.80	93.59±10.84	25.36±12.64
No	86(86.9)	86.28±11.43	71.41±21.26	83.72±22.58	80.14±23.01	91.28±23.01	87.98±20.24	26.06±12.70
		-.774(.441)	-.663(.509)	-.536(.593)	-.763(.447)	.368(.713)	-.975(.332)	.185(.854)

LD : Limited disease

Table 3-1. Health related quality of life by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)

Characteristics	n(%)	Function status (Mean±SD) t or F(p)						
		Total	Physical	Role	Emotional	Cognitive	Social	Symptom
Surgical approach								
thoracotomy	19(19.2)	83.13±14.33	62.72±18.71	83.33±20.03	77.19±28.03	92.98±11.54	89.47±24.35	27.88±12.55
VATS	80(80.8)	86.67±19.80	74.17±21.45	84.38±22.08	81.67±21.11	90.62±14.49	88.54±18.10	25.51±12.68
		-.572(.569)	-1.017(.312)	-1.204(.232)	.028(.978)	.899(.371)	-.384(.702)	.623(.535)
During the preoperative phase								
<17	58(58.6)	84.97±12.30	74.71±18.66	87.07±18.48	81.18±21.38	90.52±15.65	91.38±13.69	25.93±12.72
17~30	32(32.3)	79.84±16.68	67.19±25.22	77.60±26.30	79.43±22.10	90.10±11.87	84.90±22.54	26.50±11.83
31≤	9(9.1)	85.37±19.68	71.30±22.09	88.89±18.63	83.33±32.27	98.15±5.56	85.19±33.79	24.28±15.94
		1.374(.258)	1.294(.279)	2.271(.109)	.122(.885)	1.289(.280)	1.336(.268)	.108(.898)

VATS : Video-assisted thoracoscopic surgery

Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics

(N=99)

Characteristics	n(%)	Total	Fundamentals of care	Examination	Medication and injection	Therapeutic care	Education	Counseling	Consultation
		(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)
		t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)
Gender									
Male	58(58.6)	3.14±.64	3.03±1.24	2.90±1.16	3.05±1.15	2.20±1.04	3.35±.94	3.86±.69	3.90±.85
Female	41(41.4)	3.20±.67	2.95±1.14	3.09±.95	3.35±1.03	2.43±1.09	3.35±1.02	3.59±.85	33.83±1.09
		-.459(.647)	.340(.735)	-.858(.393)	-1.348(.181)	-1.055(.294)	-.001(.999)	1.779(.078)	.344(.732)
Age(years)									
≤60	49(49.5)	3.14±.62	2.92±1.22	2.79±.97	3.21±1.06	2.32±1.04	3.33±1.03	3.74±.81	4.02±.97
61~70	33(33.3)	3.17±.70	3.12±1.14	3.11±1.10	2.99±1.10	2.35±1.12	3.41±.97	3.74±.78	3.70±.92
71≤	17(17.2)	3.22±.68	3.00±1.28	3.27±1.28	3.44±1.22	2.12±1.04	3.32±.81	3.79±.66	3.76±.97
		.093(.911)	.280(.757)	1.637(.200)	1.017(.365)	.284(.753)	.080(.923)	.038(.963)	1.260(.288)

Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)									
Characteristics	n(%)	Total	Fundamentals of care	Examination	Medication and injection	Therapeutic care	Education	Counseling	Consultation
		(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)
		t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)
Married State									
Non-married	14(14.1)	2.99±.79	2.93±1.39	2.79±1.12	2.89±1.40	2.39±1.11	3.10±1.02	3.36±.99	3.86±.95
Married	85(85.9)	3.19±.63	3.01±1.17	3.00±1.07	3.22±1.04	2.28±1.06	3.39±.96	3.81±.72	3.87±.96
		1.087(.280)	.240(.811)	.707(.481)	1.040(.301)	-.378(.706)	1.029(.306)	2.080(.040)*	.049(.961)
Occupation									
Yes	48(48.5)	3.10±.72	3.15±1.15	3.15±1.03	3.30±.99	2.28±1.02	3.31±1.08	3.82±.82	3.94±.91
No	51(51.5)	3.23±.57	2.86±1.23	2.81±1.11	3.06±1.20	2.30±1.11	3.39±.85	3.68±.71	3.80±1.00
		-1.054(.294)	-1.180(.241)	-1.544(.126)	-1.098(.275)	.106(.916)	.408(.684)	-.945(.347)	-.694(.489)

\*p<0.05

Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)									
Characteristics	n(%)	Total	Fundamentals	Examination	Medication	Therapeutic	Education	Counseling	Consultation
			of care		and injection	care			
		(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)
		t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)
Education									
≤Middle school	46(46.5)	3.13±.67	3.00±1.16	2.94±1.13	3.14±1.17	2.16±.94	3.40±.94	3.76±.71	3.80±1.03
High school	25(25.2)	3.09±.69	3.04±1.24	2.76±1.04	3.14±1.11	2.22±1.06	3.30±1.10	3.68±.90	3.80±1.04
College≤	28(28.3)	3.28±.58	2.96±1.26	3.23±1.00	3.27±1.01	2.57±1.22	3.32±.92	3.79±.76	4.04±.74
		.663(.518)	.026(.974)	1.337(.267)	.131(.877)	1.377(.257)	.110(.896)	.135(.874)	.593(.555)

Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)									
Characteristics	n(%)	Total	Fundamentals of care	Examination	Medication and injection	Therapeutic care	Education	Counseling	Consultation
		(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)
		t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)
Monthly income(10,000 KRW)									
<200	46(46.5)	3.18±.65	3.11±1.10	3.12±1.03	3.17±1.09	2.23±1.02	33.47±.89	3.69±.81	3.72±1.05
200~299	23(23.2)	3.15±.62	2.91±1.31	2.96±1.11	3.24±1.19	2.13±.97	3.24±.84	3.87±.61	4.00±.85
300≤	30(30.3)	3.15±.70	2.90±1.27	2.77±1.13	3.13±1.09	2.52±1.19	3.27±1.17	3.75±.84	5.00±.87
		.032(.969)	.351(.705)	.979(.380)	.059(.943)	1.021(.364)	.596(.553)	.436(.648)	1.081(.343)

Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)

Characteristics	n(%)	Total	Fundamentals of care	Examination	Medication and injection	Therapeutic care	Education	Counseling	Consultation
		(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)
		t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)
Type of NSCLC									
Adenocarcinoma	70(70.7)	3.18±.66	3.04±1.18	3.05±1.00	3.19±1.05	2.36±1.08	3.35±.98	3.69±.77	3.81±.95
Squamous carcinoma	23(23.2)	3.07±.68	2.87±1.30	2.70±1.27	3.19±1.28	2.11±1.00	3.30±.99	3.74±.77	3.87±1.01
Large cell carcinoma	3(3.1)	3.25±.58	3.00±1.00	3.17±1.15	2.17±1.04	2.67±1.15	3.33±1.04	4.50±.50	4.33±.58
Sarcomatoid carcinoma	1(1.0)	3.67±.	4.00±.	4.00±.	4.00±.	3.00±.	3.00±.	4.00±.	4.00±.
		.375(.771)	.351(.789)	.969(.411)	1.017(.389)	.586(.626)	.052(.984)	1.142(.336)	.296(.828)



Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)									
Characteristics	n(%)	Total	Fundamentals of care	Examination	Medication and injection	Therapeutic care	Education	Counseling	Consultation
		(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)
		t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)
Stage of disease									
Stage I & LD	47(47.5)	3.21±.69	3.02±1.21	3.11±1.00	3.14±1.17	2.35±1.05	3.39±.98	3.82±.78	3.83±1.03
Stage II	27(27.2)	2.98±.60	2.59±1.15	2.52±1.04	2.94±1.04	2.19±1.00	3.37±.87	3.63±.67	3.85±.90
Stage III	25(25.3)	3.28±.60	3.40±1.12	3.22±1.15	3.50±.99	2.300±1.18	3.26±1.07	3.74±.87	3.96±.89
		1.634(.201)	3.104(.049)*	3.603(.031)*	1.727(.183)	.207(.814)	.159(.854)	.515(.599)	.155(.857)

LD : Limited disease

\* $p<0.05$

Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)									
Characteristics	n(%)	Total	Fundamentals	Examination	Medication	Therapeutic	Education	Counseling	Consultation
			of care		and injection	care			
		(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)
		t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)
Smoking status(n=53)									
<20	10(18.9)	2.91±.72	3.30±1.16	2.70±1.27	2.70±1.30	1.95±.98	3.05±.93	3.35±.75	4.10±.32
20~29	8(15.1)	3.48±.39	3.38±1.50	3.19±1.25	3.81±.53	2.12±.88	3.75±.46	4.06±.18	4.50±.54
30≤	35(66.0)	3.16±.63	2.83±1.20	2.84±1.14	3.09±1.16	2.29±1.11	3.49±.94	3.99±.67	3.77±.94
		1.885(.162)	.992(.378)	.401(.672)	2.245(.116)	.412(.665)	1.516(.230)	4.230(.020)*	2.841(.068)

\*p<0.05

Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)									
Characteristics	n(%)	Total	Fundamentals	Examination	Medication	Therapeutic	Education	Counseling	Consultation
			of care		and injection	care			
		(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)
		t or F( <i>p</i> )	t or F( <i>p</i> )	t or F( <i>p</i> )	t or F( <i>p</i> )	t or F( <i>p</i> )	t or F( <i>p</i> )	t or F( <i>p</i> )	t or F( <i>p</i> )
Pulmonary comorbidity									
Yes	13(13.1)	2.96±.52	3.08±1.26	2.46±.88	2.85±.99	1.73±.81	3.50±.82	3.85±.77	3.69±1.03
No	86(86.9)	3.19±.67	2.99±1.20	3.05±1.09	3.23±1.12	2.38±1.07	3.33±.77	3.73±.77	3.90±.95
		1.201(.233)	-.248(.805)	1.866(.065)	1.162(.248)	2.083(.040)*	-.584(.561)	-.493(.623)	.713(.478)
Surgical approach									
Thoracotomy	19(19.2)	3.43±.58	3.32±1.20	3.26±1.26	3.66±.88	2.63±1.07	3.40±.81	3.87±.86	4.16±.96
VATS	80(80.8)	3.10±.65	2.93±1.19	2.91±1.03	3.06±1.12	2.21±1.05	3.34±1.01	3.72±.75	3.80±.95
		1.981(.050)	1.285(.202)	1.303(.196)	2.155(.034)*	1.558(.123)	.206(.838)	.759(.449)	1.478(.143)
VATS : Video-assisted thoracoscopic surgery, * <i>p</i> <0.05									

Table 3-2. Home care need by demographic characteristics, clinical characteristics(continued)

(N=99)

Characteristics	n(%)	Total	Fundamentals of care	Examination	Medication and injection	Therapeutic care	Education	Counseling	Consultation
		(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)	(Mean±SD)
		t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)	t or F(p)
During the preoperative phase									
<17	58(58.6)	3.06±.64	2.91±1.19	2.79±1.03	3.07±1.16	2.16±.98	3.29±1.01	3.66±.80	3.86±.93
17~30	32(32.3)	3.19±.67	2.91±1.23	2.98±1.10	3.13±1.02	2.38±1.15	3.50±.92	3.80±.78	3.84±1.02
31≤	9(9.1)	3.72±.35	3.89±.78	4.11±.49	4.06±.46	2.83±1.15	3.22±.87	4.17±.35	4.00±1.00
		4.351(.016)*	2.841(.063)	6.489(.002)*	3.321(.040)*	1.715(.186)	.558(.574)	1.845(.164)	.096(.909)

\* $p<0.05$

#### 4. 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구도 간의 상관관계

폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 받은 환자의 신체적 기능, 역할 기능, 정서적 역할, 인지적 기능, 사회적 기능, 증상경험, 기본간호, 검사, 투약 및 주사, 치료적 간호, 교육, 상담, 의뢰 서비스의 관계를 파악하기 위해 상관분석을 통하여 Pearson상관계수를 산출하였다< Table 4 >.

각 변수간의 관계를 보면 검사는 전체적인 기능상태와 유의한 음의 상관관계를 나타냈다( $r=-.201, p<0.05$ ). 치료적 간호는 신체적 기능( $r=-.336, p<0.01$ ), 역할기능( $r=-.367, p<0.01$ ), 사회적 기능( $r=-.306, p<0.01$ ), 전체적인 기능상태( $r=-.342, p<0.01$ )와 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타냈다. 그리고 신체적 기능은 전반적인 가정간호 요구도( $r=-.242, p<0.05$ )와 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타냈다. 즉 전체적인 기능상태가 떨어질수록 검사 및 치료적 간호에 대한 요구도는 높은 것을 의미하며 신체적 기능, 역할기능, 사회적 기능이 떨어질수록 치료적 간호에 대한 요구도는 높은 것을 의미한다. 그리고 신체적 기능이 떨어질수록 전반적인 가정간호 요구도가 높은 것을 의미한다.

Table 4. The correlation of study variables

(N=99)

Variable	Physical	Role	Emotional	Cognitive	Social	Symptom	Total
	$r(p)$	$r(p)$	$r(p)$	$r(p)$	$r(p)$	$r(p)$	$r(p)$
Fundamentals of care	-.087 (.394)	.046 (.651)	.016 (.877)	-.061 (.547)	-.066 (.514)	-.048 (.640)	-.036 (.723)
Examination	-.210 (.036)	-.182 (.072)	-.057 (.575)	-.117 (.249)	-.173 (.086)	.058 (.566)	-.201 (.046)
Medication and injection	-.172 (.088)	.061 (.545)	-.095 (.350)	-.079 (.438)	-.029 (.774)	.116 (.252)	-.084 (.408)
Therapeutic care	-.336 (.001)	-.367 (.000)	-.131 (.198)	-.074 (.465)	-.306 (.002)	.139 (.171)	-.342 (.001)
Education	-.028 (.784)	-.014 (.888)	.004 (.966)	-.161 (.112)	.038 (.708)	.166 (.100)	-.032 (.755)
Counseling	-.044 (.662)	-.059 (.565)	.017 (.869)	-.061 (.546)	-.050 (.620)	.172 (.089)	-.050 (.622)
Consultation	-.124 (.221)	.080 (.433)	.091 (.369)	-.063 (.533)	.085 (.404)	.154 (.128)	.026 (.800)
Total	-.242 (.016)	-.131 (.197)	-.060 (.555)	-.144 (.156)	-.139 (.169)	.173 (.087)	-.192 (.057)

## VI. 논 의

본 연구는 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 시행 받은 환자를 대상으로, 환자들의 건강관련 삶의 질 및 퇴원 후 가정에서의 가정간호 요구를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 폐암환자를 대상으로 한 기존의 선행연구들이 수술과 항암, 방사선치료를 받은 환자군을 모두 포함하였거나 항암, 방사선 치료를 받은 환자군을 대상으로 증상을 연구하거나, 폐절제술을 받은 환자들의 호흡중재증진 및 효과, 수술 전후 교육의 효과, 수술 후 합병증에 관련된 연구였으나, 본 연구는 폐절제술을 받은 폐암 환자만을 대상으로 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구도를 측정하였다는 점에서 차별성을 갖는다고 본다.

본 장에서는 폐엽절제술을 받은 폐암환자의 건강관련 삶의 질, 가정간호 요구도에 대해 논의하고자 한다.

### 1. 폐엽절제술을 받은 폐암환자의 건강관련 삶의 질

본 연구에 참여한 대상자의 성별은 남자가 58.6%, 여자가 41.4%였고, 평균연령은 60.28세로 60세 이하가 49명(49.5%)로 가장 많았고, 흡연력은 흡연경험 후 현재 금연 중인 대상자가 53명으로 그중 30년갑 이상이 66.0%로 가장 많았다. 폐암의 세포학적 분류에 따른 분포를 살펴보면 99명중 비소세포암 97명이며, 소세포암이 2명으로 비소세포암중 Adenocarcinoma가 72.2%로 가장 많았으며, 폐암 병기는 1기 47.5%, 소세포암의 경우 모두 제한적 병기로 조사되었다. 호흡기 질환 과거력이 있는 경우 13.1%였고, 수술 방법으로는 흉강경 수술이 80.8%, 개흉술이 19.2%로 흉강경 수술이 개흉술에 비해 2배 이상 많았다.

본 연구에서 폐엽절제술을 받은 폐암 환자의 기능상태는 83.35점이 평균이며 점수가 높을수록 기능상태가 좋은 것을 의미하는 것으로 전반적으로 양호한 것으로 나타났다. 항목별로 살펴보면 인지적 기능 91.08점, 사회적 기능이 88.72점, 역할

기능 84.18점, 정서적 기능은 81.81점, 신체적 기능이 71.97점으로 순으로 나타났다. 이와 같은 결과는 폐암에 대한 항암 및 방사선 등과 같은 어떤 치료도 받지 않고 폐엽절제술을 받은 폐암환자를 대상으로 기능상태에 대한 선행연구가 없어 직접 비교할 수는 없으나 백선미(2011)의 연구에서는 폐암 환자의 기능 영역은 100점 기준 평균 72.5점이었다. 하위 영역의 기능 영역은 인지적 기능(78.1점), 정서적 기능(76.4점), 사회적 기능(73.9점), 역할 기능(68.1점), 신체적 기능(66.0점)으로 본 연구에서보다 모든 영역의 점수가 낮게 나왔다. 이는 본 연구에 비해 기능상태가 떨어지는 것으로 그 이유는 백선미(2011)의 연구는 항암치료를 받은 환자를 대상으로 하였고 폐암의 진단병기 4기 환자도 포함되었기 때문으로 이를 감안하면 본 연구의 대상자가 상대적으로 기능상태가 높은 것으로 생각된다.

본 연구에서는 건강관련 삶의 질과 관계가 있는 일반적 특성은 없었다. 오의금(2002)의 연구에서는 폐암환자의 기능상태 정도를 신체적 기능, 신체적 역할, 사회적 기능, 신체적 통증, 생동감, 정신건강, 전반적 건강의 8가지 영역으로 나누어 조사하였고 정서적 역할 영역에서 여자가 남자에 비해 기능상태가 저조한 것으로 나타났다. 여자가 남자에 비해 폐암으로 인한 정신적 문제, 즉 우울이나 근심으로 인하여 업무나 기타 일상 활동을 하는데 있어서 어려움을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 하지만 본 연구에서는 남녀 비율이 비슷하였음에도 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았는데 이는 백선미(2011)과 김금순 et al.(2013)의 연구에서도 동일한 결과를 보였다. 그리고 백선미(2011)의 연구에서 연령에 따라 기능상태에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 50-60대 연령층이 평균 75.3점으로 다른 연령층에 비해 기능 영역이 유의하게 좋았다. 하지만 본 연구에서는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았으나 70세 이상의 환자에서 타 연령층에 비해 전반적으로 낮은 점수를 보이고 있다. 이는 오의금(2002)의 연구에서 60세 이상의 대상자군이 60세 이하 대상자군에 비하여 기능상태의 모든 하부 영역에서 평균 점수가 낮게 나타났으나, 두 연령군 간 통계적인 차이는 유의하지 않게 나타난 것과 일치한다.

그리고 흡연과 건강관련 삶의 질 또한 본 연구에서는 관계가 없었다. 하지만 이정림 & 김금순(2011)의 연구에서 흡연력에 따라 기능영역이 유의한 차이를 보여



흡연을 하다가 끊은 경우가 비흡연자보다 기능이 좋은 것으로 나타났다. 백선미(2011)의 연구에서는 소세포암 대상자가 비소세포암 대상자 보다 전반적 건강상태가 통계적으로 유의하였다. 이는 본 연구의 대상자에서 소세포암이 2명밖에 없어 비교 영역이 좁았던 것으로 생각된다. 뿐만 아니라 오의금(2002)의 연구에서 폐암의 병기별 기능상태 측정시 말기 단계의 환자일수록 전반적인 기능상태가 저하되는 경향을 나타냈으나 통계적으로는 전반적 건강 영역에서만 차이가 유의한 것으로 분석되어 말기단계의 폐암 환자일수록 자신의 현재 건강이 좋지 않으며 점점 더 나빠지게 될 것으로 인지하는 것으로 나타났다. 하지만 김금순 et al.(2013)의 연구에서 폐암 병기와 증상경험 간에는 유의한 상관관계를 보이지 않았고 본 연구 또한 항암 및 방사선 치료 없이 수술만 받은 환자를 대상으로 폐암 병기 3단계의 대상자가 25.3%, 4기 대상자는 없어 병기에 따른 기능상태 저하 및 증상경험의 심화를 보이지 않았던 것으로 보인다. 이정림 & 김금순(2011)의 연구를 보면 항암화학요법과 같은 치료 중에 있는 대상자의 증상경험이 더 심각한 것으로 나타났다. 따라서 수술 전 항암 및 방사선 치료를 한 후 수술을 하는 경우 건강관련 삶의 질이 다를 수 있기 때문에 향후 수술 후 건강관련 삶의 질을 평가할 때 수술 전 폐암 치료 위해 항암 및 방사선 치료를 한 경우도 고려하여야 한다고 생각된다.

## 2. 폐엽절제술을 받은 폐암환자의 가정간호 요구도

본 연구에서의 가정간호 요구도는 점수가 높을수록 요구도가 높은 것을 의미하며 평균 3.16점으로 항목별로 보면 의뢰서비스가 3.87점, 상담 3.74점, 교육 3.35점, 투약 및 주사 3.18점, 기본간호 3.00점, 검사 2.94점, 기본간호 2.98점, 치료적 간호 2.31점 순으로 나타났다. 이와 같은 결과는 폐암에 대한 항암 및 방사선 등과 같은 어떤 치료도 받지 않고 폐엽절제술을 받은 폐암환자를 대상으로 가정간호 요구도에 대한 선행연구가 없어 직접 비교할 수는 없다. 하지만 권인수 & 은영(1999)은 첫 퇴원 예정이거나 가정간호를 경험한 암환자를 대상으로 퇴원 후에 예

상되는 가정간호 요구나 가정간호시 경험한 가정간호 요구도를 파악하였는데 대상자가 본 연구와 비슷하며 본 연구에서 두번째와 세번째로 상담과 교육영역에 대한 요구도가 높듯이 정보적 간호영역요구는 5점 기준에 3.4점으로 가장 높았다. 정보적 간호영역 다음이 정서적 간호영역 3.063점이었으며 신체적 간호영역 2.623점, 사회경제적 간호영역 2.599점 순이었다. 그리고 정경애(2011)의 연구에서 신체적 간호요구도는 5점기준으로 2.66점, 정서적 간호요구도는 3.44점, 사회적 간호요구도는 3.11점, 영적 간호요구도는 2.92점으로 나타났으며 박충선(2008)의 연구에서는 신체적 요구, 정서적 요구, 사회적 요구, 영적 요구 순으로 나타났다.

본 연구에서는 나이, 교육수준, 한달 평균수입, 병기에 따라 가정간호 요구도에 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 결혼상태에 따라 가정간호 요구도에서의 상담 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 정경애(2011)의 연구에서는 나이, 교육수준, 한달 평균수입, 병기, 치료유무별로 신체적 간호요구도에 대한 차이를 보였다. 즉, 대상자의 학력이 낮고 이혼한 상태에서 요구도가 높게 나타났고, 암의 전이가 있고 진행이 많이 된 대상자가 신체적 간호요구도가 높게 나타났다. 권인수 & 은영(1999)의 연구에서는 결혼 상태에서 미혼이 기혼보다 간호요구를 더 많이 가진 것으로 나타났다. 이는 사별한 경우 투약 및 주사에 대한 요구도가 높았는데 주보호자가 없음으로써 환자 혼자 자가 관리가 힘든 것을 나타낸 것으로 보인다. 또한 종교가 있는 경우 영적요구가 높게 나타났다. 권인수 & 은영(1999)의 연구에서는 종교가 있는 환자가 정보적 간호영역과 심리적 간호영역에 대한 간호요구도를 더 가지고 있고 이는 정경애(2011)의 연구와 동일한 결과를 보였다. 이에 대해 본 연구에서는 심리적 간호영역을 측정하지 않아 제한점으로 남는다. 그리고 권인수 & 은영(1999)의 연구에서 교육수준에 따라 가정간호 요구도가 달랐다. 심리적 간호영역에서 대학교 졸업 이상에서 간호요구가 가장 높고, 무학에서 가장 낮은 것으로 나타났다. 경제 상태별로는 사회경제적 영역에서 경제상태가 낮을수록 간호요구도가 높은 것으로 나타났다. 이는 본 연구의 결과와 상이한 결론이 나온 것이다. 본 연구에서는 한달 평균수입에 통계적으로 유의한 차이가 없었으나 일부 환자의 경우 가정간호 또한 수가가 있기 때문에 아무리 적은 금액이라도 부담스럽다고 대답한 대상자도 99명중 2명이 있었다. 어떠한 도움의 요구가 있을 수

있어도 돈이 드는 부분에 있어서는 경제적으로 어려울수록 더욱 조심하는 모습을 보이는 경향이 반영된 것으로 생각된다. 그리고 본 연구에서는 병기에 있어서 가정간호 요구도에서의 검사, 투약항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 병기가 높을수록 몸에 대한 걱정이 반영된 것으로 생각된다. 정경애(2011)의 연구에서 보면 암의 전이에 따라서 신체적 요구도가 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다는데, 암의 전이가 있는 대상자가 암의 전이가 없는 대상자보다 신체적 요구도가 높게 나타났다. 암의 진행에 따라서 신체적 요구도, 정서적 요구도, 사회적 요구도, 영적 요구도가 유의한 것으로 나타났는데, 사후검증한 결과 신체적 요구도에서 암의 진행이 4기의 대상자가 0기와 3기의 대상자보다 요구도가 높게 나타났고, 정서적 요구도는 0기와 1기의 대상자들의 요구도가 높게 나타났고, 사회적 요구도에서 0기와 4기의 대상자가 1기의 대상자보다 요구도가 높게 나타났고, 영적 요구도는 3기와 4기에 비해 0기의 대상자들에서 요구도가 높게 나타났다. 흡연력에 따라 가정간호 요구도에서의 상담 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 흡연력에 따른 폐암환자의 가정간호 요구도를 조사한 선행연구가 없어 비교할 대상이 없으나 흡연이라는 자신의 행동으로 인해 암이 발병하였다는 죄책감과 불안감으로 인하여 상담에 대한 요구도가 높은 것이라 생각된다. 호흡기 질환 과거력에 따라 가정간호 요구도 중 치료적 간호 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 수술방법에 따라 투약항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이를 직접적으로 뒷받침할 선행 연구는 없으나 권인수 & 은영(1999)의 연구에서는 신체적 간호요구중 본 연구의 치료적 간호에 속하는 피부 및 조직손상의 관리에 대한 요구가 17.4%로 두번째로 요구도가 높은 항목이었다. 한성숙 et al(2007)의 연구에서 또한 호흡기계 및 신생물군이 투약 및 주사에 대한 요구도가 50%였고 치료적 간호 항목에 대한 요구도가 가장 많은 질환으로 신생물군이 포함되었다. 이를 통해 흡연력, 호흡기 질환 과거력에 있는 폐암환자에 대한 전반적인 가정간호 요구도에 대한 조사가 필요할 것으로 생각되며 같은 도구를 이용한 반복 연구가 필요할 것으로 생각된다. 마지막으로 진단받은 후 수술까지의 기간은 가정간호 요구도의 전체와 유의한 차이가 있으며, 항목중 검사와 투약에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 진단받은 후 수술까지의 기간이

길어질수록 전이가 되지 않았을까하는 걱정과 불안감이 반영된 것으로 생각된다.

신체상태표를 이용하여 분류한 실제 가정간호 대상자는 99명중 97명이었고 가정간호가 필요하다고 생각하는 환자는 47명인 47.5%였으나 가정간호를 받겠다고 답한 환자는 34명인 34.3%에 불과하였고, 이들 중 가정간호 의뢰가 되었던 환자는 한명도 없었다. 성영희, 황문숙 & 임수진(2010)의 연구에서 가정간호가 필요하다는 의견이 79.7%였고 가정간호를 이용할 의사가 있다고 응답한 경우는 74.2%로 높았다. 본 연구에서 가정간호를 받겠다고 답한 경우가 필요성에 비해 적게 나온 이유는 수술을 하였기 때문에 스스로 다른 환자에 비해 상대적으로 나올수 있다는 기대감과 질환의 심각성이 경한 편이라고 생각하는 경향을 띤 것으로 생각된다. 본 연구에서 가정간호 서비스중 의뢰서비스에 대한 요구도가 가장 높게 나타났는데 의뢰서비스라 하면 다른 병원 또는 보건소 등과의 연계 서비스를 말하는 것으로 높게 나타난 이유는 본 병원에 방문하는 환자의 50%이상이 지방에서 오는 경우가 많기 때문이 반영된 것이라 생각된다. 하지만 지방에서 많이 찾아오는 환자가 많은 것에 비해 지방과의 연계 서비스는 진료의뢰협력센터와 같이 입원해있는 환자를 타 병원으로 후송하는 것과 같은 서비스는 있으나 퇴원 후 외래 환자의 경우 이와같은 서비스가 없기 때문에 요구도 높은 것이라 생각된다. 뿐만 아니라 협력센터는 타 병원을 연계해주는 역할이지 실제 본 병원과 환자의 자료의 공유 등을 통해 연결성있고 병원이 바뀌더라도 일관성있는 치료방법이 유지되지 않는 것이 문제점이라 생각된다. 이를 해결하기 위한 방안으로 본 병원과 1,2차병원과의 연계시스템이 필요한 정부의 정책 개선이 필요할 것이라 생각된다.

### 3. 연구의 제한점

본 연구는 서울에 위치하는 일개 종합병원의 외래 방문환자를 편의표출하여 자료를 수집하였기 때문에 연구 결과의 확대에 제한이 있다.

## VII. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 받은 환자의 퇴원 후 첫 외래 방문 시까지의 가정에서 경험하는 건강관련 삶의 질 및 가정간호 요구를 파악하여, 이를 기초자료로 체계적인 간호중재 계획 수립 및 수술 전과 퇴원 후 교육을 통해 궁극적으로는 폐 수술을 받은 폐암 환자의 치료 예후 및 삶의 질 향상을 위한 토대를 마련하고자 시행한 서술적 조사연구이다.

선행연구를 통해 연구의 개념적 기틀을 작성하였고 일반적 특성으로는 과거력, 흡연력을 선정하였으며 질병관련 특성으로는 폐암의 병기와 수술방법을 선정하였다. 건강관련 삶의 질은 기능상태와 증상경험으로 구성하였고 이중 기능상태는 신체적 기능, 역할 기능, 정서적 기능, 인지적 기능, 사회적 기능 총 다섯 가지 항목을 포함하였으며 가정간호 요구도는 기본간호, 검사, 투약 및 주사, 교육, 상담, 의뢰 총 일곱 개의 항목을 포함하여 구성하였다.

본 연구의 대상자는 서울에 소재하는 A 종합병원에서 폐엽절제술을 시행 받은 폐암환자로 수술 후 처음 외래 방문하는 환자 101명이었으나 2명이 탈락되어 실제 대상자는 총 99명이며, 자료 수집은 기관내 윤리심의위원회와 간호부의 연구승인을 받은 후, 2014년 6월 25일부터 12월 24일까지 설문조사를 실시하였다.

본 연구에 참여한 대상자의 성별은 남자가 58.6%, 여자가 41.4%였고, 평균연령은 60.28세로 60세 이하가 49명(49.5%)로 가장 많았고, 결혼상태는 배우자가 있는 경우가 85.5%이며, 교육수준은 중학교 졸업 이하인 경우가 46.5%로 가장 많았으며, 정년퇴직을 포함하여 현재 직업이 없는 경우가 51.5%로 많이 나타났다. 흡연력은 흡연경험 후 현재 금연 중인 대상자가 53명으로 그중 30년갑 이상이 66.0%로 가장 많았다. 폐암의 세포학적 분류에 따른 분포를 살펴보면 99명중 비소세포암 97명이며, 소세포암이 2명으로 비소세포암중 Adenocarcinoma가 72.2%로 가장

많았으며, 폐암 병기는 1기 47.5%, 소세포암의 경우 모두 제한적 병기로 조사되었다. 호흡기 질환 과거력이 있는 경우 13.1%였고, 진단에서 수술까지의 평균 기간은 16.85일이 걸렸으며 17일미만이 58.6%로 가장 많았다. 수술 방법으로는 흉강경 수술이 80.8%, 개흉술이 19.2%로 흉강경 수술이 개흉술에 비해 2배 이상 많았다. 수술 후 합병증의 경우는 총 6건으로 chylothorax, hoarseness, A-fib, ileus, wound complication, traumatic urethral injury가 각 1건씩 발생하였고 합병증으로 인해 재입원 치료를 받은 경우는 없었다. 신체상태표에 의한 환자분류지침으로 분류된 가정간호요구 대상자는 97.8%로 나타났다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 건강관련 삶의 질에서 기능상태는 83.35점이 평균으로 항목별로 살펴보면 인지적 기능 91.08점이 가장 높게 나타났고 낮게 나타난 항목은 신체적 기능이 71.97점으로 나타났다. 증상경험은 25.96점이 평균이었다. 가정간호 요구도는 평균 3.16점으로 치료적 간호가 2.31점으로 가장 낮은 반면, 의뢰서비스가 3.87점으로 가장 높았다.
- 2) 결혼상태에 따라 가정간호 요구도에서의 상담 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.080, p<0.05$ ). 병기에 있어서 가정간호 요구도에서의 검사 항목과 유의한 차이가 있었고( $F=3.104, p<0.05$ ), 투약항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=3.603, p<0.05$ ). 그리고 흡연력에 따라 가정간호 요구도에서의 상담 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=4.230, p<0.05$ ). 호흡기 질환 과거력에 따라 가정간호 요구도 중 치료적 간호 항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.083, p<0.05$ ). 수술방법에 따라 투약항목과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.155, p<0.05$ ). 마지막으로 진단받은 후 수술까지의 기간은 가정간호 요구도의 전체와 유의한 차이가 있으며( $F=4.351, p<0.05$ ), 항목 중에는 검사( $F=6.489, p<0.05$ )와 투약( $F=3.321, p<0.05$ )에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.
- 3) 검사는 전체적인 기능상태와 유의한 음의 상관관계를 나타냈다( $r=-.201, p<0.05$ ). 치료적 간호는 신체적 기능( $r=-.336, p<0.01$ ), 역할기능( $r=-.367, p<0.01$ ),

사회적 기능( $r=-.306, p<.01$ ), 전체적인 기능상태( $r=-.342, p<.01$ )와 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타냈다. 그리고 신체적 기능은 전반적인 가정간호 요구도( $r=-.242, p<.05$ )와 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타냈다.

결론적으로 배우자가 없는 환자의 경우 상담에 대한 가정간호 요구도가 높고, 병기가 높은 경우 검사와 투약에 대한 가정간호 요구도가 높으며 흡연을 많이 오래할수록 상담에 대한 가정간호 요구도가 높은 것으로 나타났다. 그리고 호흡기 질환 과거력이 있는 경우 치료적 간호에 대한 가정간호 요구도가 높으며 진단받고 수술까지의 기간이 길어질수록 검사와 투약에 대한 가정간호 요구도가 높은 것으로 나타났다. 전체적인 기능상태가 떨어질수록 전반적인 가정간호 요구도가 높고, 항목별로는 검사 및 치료적 간호에 대한 요구도가 높으며 신체적 기능, 역할기능, 사회적 기능이 떨어질수록 치료적 간호에 대한 요구도가 높으므로 수술 후 폐암환자의 호흡기 질환 과거력, 결혼상태, 병기, 흡연력, 진단후 수술까지의 기간을 미리 파악하고 사정하여 퇴원 후 자가관리 할 수 있는 중재방안이 필요하거나 가정간호가 필요할 것이라 생각된다.

## 2. 제언

이상의 결과를 근거로 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 연구를 위한 제언으로는 폐암에 대한 다른 치료 없이 수술을 시행한 환자만을 대상으로 증상경험, 건강관련 삶의 질, 가정간호 요구도 등에 대한 다양하고 반복적인 연구가 필요하다. 또한, 연구의 표본 집단이 일개병원에서만 수행되었고 수술 후 처음 외래를 방문하는 환자만을 대상으로 하였기 때문에 그 수와 기간을 확대하여 반복적으로 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구도가 어떻게 변화되는지에 대한 연구가 필요하다. 그리고 수술 후 폐암환자의 건강관련 삶의 질과 가정간호 요구도에 대한 동일한 도구로 반복연구가 필요하다. 조기퇴원의 추세로 인하여

암환자들이 퇴원 전 병원에서 자가관리에 대한 교육을 받고 퇴원 후 집에서 간단한 소독 등을 시행하고 있고, 이를 부담스러워하거나 어려워하는 대상자가 있는 반면, 당연히 받아들이고 그 정도는 할 수 있다는 대상자 또한 과거에 비해 많이 늘어났다. 이를 반영한 가정간호 요구를 사정할 수 있는 도구가 필요할 것이라 생각된다.

둘째, 실무를 위한 제언으로는 수술 전 환자의 호흡기 질환 과거력, 결혼상태, 병기, 흡연력, 진단후 수술까지의 기간을 미리 파악하고 사정하여 퇴원 후 자가관리 할 수 있는 중재방안이 필요하거나 가정간호와의 연결이 필요할 것이라 생각된다. 그리고 타 병원과의 연계 서비스는 진료의뢰협력센터와 같이 입원해있는 환자를 타 병원으로 후송하는 것과 같은 서비스는 있으나 퇴원 후 외래 환자의 경우 이와 같은 서비스가 없고 협력센터는 타 병원을 연계를 할뿐이지 실제 본 병원과 환자의 자료의 공유 등을 통해 연결성 있고 병원이 바뀌더라도 일관성 있는 치료방법이 유지되지 않는 것이 문제점이라 생각된다. 이를 해결하기 위한 방안으로 본 병원과 1,2차병원과의 연계시스템이 필요한 정부의 정책 개선이 필요할 것이라 생각된다.



## 참고문헌

- 강은희 (2011). 노인 환자에게 흉강경을 이용한 폐엽절제술 후 폐기능과 통증의 회복추이. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 건강보험심사평가원 (2007). 수술별 진료량 2007년. Retrieved March, 2012, from [http://www.hira.or.kr/rec\\_infopub.hospinfo.do](http://www.hira.or.kr/rec_infopub.hospinfo.do)
- 국가암정보센터 (2012). <http://www.cancer.go.kr>
- 권은수, & 은영 (1999) . 암환자의 퇴원 후 가정간호 요구. *대한간호학회지*, 29(4), 743-754.
- 김관민 (2011). 폐암의 수술적 치료. Paper presented at the 제 162회 조선일보사. 삼성서울병원 공동 건강교실 폐암, 서울, 한국.
- 김근호(1992). *흉부 및 심장혈관외과학*. 서울 : 최신의학사.
- 김금순, 이명선, 방경숙, 조용애, 이정림, & 이은 (2013). 폐암 환자의 활동상태, 불안, 우울, 사회적 지지, 증상경험과 기능적 상태의 관계: 불쾌감이론 기반으로. *간호학의 지평*, 10(2), 87-96.
- 김숙영 (1999). 심장재활교육이 심장판막대치술 환자의 불안, 건강행위, 이행 및 삶의 질에 미치는 영향. *재활간호학회지*, 2(2), 153-162.
- 김옥순 (2009). 구조화된 간호중재 프로그램이 폐암 수술 환자의 자가 간호 지식과 수행 및 삶의 질에 미치는 효과. 고신대학교 간호대학원 석사학위논문.
- 김우정, 김민영, & 장원영 (2013). 재가암환자 질병관련 특성에 따른 증상 경험 및 제공받은 서비스 분석. *중앙간호연구*, 13(2), 67-75.
- 김원곤, 김기봉, 이정렬, 박승일 & 강창현 (2007). *의대생을 위한 흉부외과학*. 고려의학.
- 김호곤 (2012). *폐절제술을 받은 폐암 환자의 자기관리 역량과 자기관리 교육 요구도의 관계*. 연세대학교 간호대학원 석사학위논문.
- 대한결핵 및 호흡기학회 (2007). *호흡기학회지*, 군자출판사.
- 대한폐암학회 (2007). 폐암진료 지침. *대한폐암학회*.

- 대한흉부외과학회 (2012). <http://www.ktcvs.or.kr>
- 박인숙, 김은미, 오필주, 김수진, 김혜진, 김보경, ...이미정 (2012). 항암화학요법 후 퇴원한 암 환자의 증상관리를 위한 전화상담 가이드라인 개발. *임상간호연구*, 18(2), 317-328.
- 박충선 (2008). *암환자와 가족의 호스피스 인식과 간호요구도 조사*. 한양대학교 대학원 석사학위논문.
- 배병우, & 정황규 (1993). 술 전 폐기능과 전 폐적출술 후 폐합병증과의 연관성. *대한흉부외과학회*, 26(8), 620-626.
- 백선미 (2011). *폐암 환자의 삶의 질 관련요인*. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 서문자, 이정희, 김영숙, 이향련, 박춘자, 유성자, ...최철자 (1994). *성인간호학* (3rded), 서울, 수문사.
- 서영희 & 강현숙 (2007). 호흡강화운동프로그램이 폐절제술 환자의 수술 후 폐기능 회복, 불안 및 수면에 미치는 효과. *임상간호연구*, 13(3), 157-167.
- 성지현, 김민영, 황옥희, 유한진, & 이은자 (2010). 폐암환자 증상관리를 위한 전화상담 가이드라인 개발 예비 조사. *중앙간호학회지*, 10(2), 218-230.
- 신인수 (2007). *병원중심 가정간호를 받는 만성질환 노인환자의 내러티브 재구성*. 전남대학교대학원 박사학위논문.
- 오의금 (2002). 폐암 환자의 기능상태에 관한 연구. *성인간호학회지*, 14(4), 491-500.
- 우종필 (2012). *우종필교수의 구조방정식모델 개념과 이해*. 서울:한나래.
- 유수미 (2008). *일 지역사회 저소득층 재가암환자 관리사업의 간호서비스 분석*. 한양대학교대학원 석사학위논문.
- 이광옥 (1998). 재가노인의 일상생활기능상태, 삶의 질 및 가정간호요구에 관한 연구. *간호과학*, 10(2), 73-82.
- 이성영, & 박현애 (2009). 게피티니브 치료를 받은 비소세포폐암 환자의 다발성 증후군. *중앙간호학회지*, 9(2), 77-85.
- 이승자 (2000). *폐암 수술후 퇴원환자교육에 대한 실태조사*. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이장훈 (2012). 폐절제술을 시행 받은 환자의 수술 전후 관리. *영남의대학술지*,

- 29(1), 9-13.
- 이정림 (2013). *비소세포 폐암 환자의 삶의 질 구조모형*. 서울대학교 간호대학원 석사학위논문.
- 이정림, & 김금순 (2011). 폐암환자의 스티그마, 디스트레스와 삶의 질의 관계. *중앙간호학회지*, 11(3), 237-246.
- 임신재, & 박오장 (2003). 입원한 노인 환자의 일상생활 수행능력, 신체적 건강상태, 간호요양원에 대한 인식도. *노인간호학회지*, 5(2), 138-146.
- 장군자, 박점희, 류은경, & 김현미(1996). 항암요법을 받은 폐암환자의 삶의 질. *경북의대지*, 37(3), 385-395.
- 정경애 (2011). *재가암환자의 가정간호 서비스 만족도 및 요구도 조사*. 삼육대학교 보건복지대학원 석사학위논문.
- 정경주, & 이영숙 (2010). 폐절제술을 받은 환자의 호흡운동중재가 폐 기능에 미치는 효과. *중앙간호학회지*, 10(1), 95-101.
- 정미숙 (2007). *방사선치료를 받는 암환자의 증상경험과 피로양상에 대한 연구*. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 정현식, 이승제, 정수석(2001). 최근 폐암의 역학과 임상적 고찰. *제 52차 대한내과학회 추계학술 대회 초록집*, 259.
- 주애라, 염순교, & 박경숙 (2009). 대장암 수술 환자의 퇴원 시 간호요구도 조사. *기본간호학회지*, 16(4), 392-401.
- 최선화 (2013). *진행성 폐암 환자의 증상군 및 우울이 삶의 질에 미치는 영향*. 중앙대학교 간호대학원 석사학위논문.
- 통계청 (2013). 2012년 사망원인 통계결과 보고서.
- 한성숙, 김순례, 이소영, & 권은하(2007). 재원환자의 질환군에 따른 가정간호요구도. *지역사회간호학회지*, 18(1), 165-176.
- 홍영란 (2007). *DVD를 이용한 수술전 폐암환자 교육이 수술 후 자가간호지식과 수행율에 미치는 효과*. 한양대학교 대학원 석사학위논문.
- Brown, J. K., Cooley, M. E., Chernecky, C. & Sarna, L. (2011). A symptom cluster and sentinel symptom experienced by women with lung cancer.

- Oncology Nursing Forum*, 38(6), 425-435.
- Dewan, R. K., Kesieme, E. B., & Ramchandani, R. (2012). Surgical treatment for tracheobronchial carcinoid tumors: a 16-year experience. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals*, 20(1), 53-57.
- Gift, A. G., Jablonski, A., Stommel, M., & Given, C. W. (2004). Symptom clusters in elderly patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 203-210.
- Hung, R., Krebs, P., Coups, E. J., Feinstein, M. B., Park, B. J., Burkhalter, J., & Ostroff, J. S. (2011). Fatigue and functional impairment in early-stage non-small cell lung cancer survivors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 426-435.
- Langston, W. G. (1992). Surgical resection of lung cancer. *Nursing Clinics of North America*, 27(3), 665-679.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Fift, A., Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Lewis, S. L., Heitkemer, M. M., Dirksen, S. R., & Bucher, L. (2007). *Medical - Surgical Nursing 7th Ed* Elsevier.
- Nordicht (1980). Psychiatric support during cancer Treatment. *New york ate journal of medicine*, 15, 57-79.
- Ostroff, J. S., Krebs, P., Coups, E. J., Burkhalter, J. E., Feinstein, M. B., Steingart, R. M., ... Park, B. J. (2011). Health-related quality of life among early-stage, non-small cell lung cancer survivors. *Lung Cancer*, 71(1), 103-108.
- Sarna L., Evangelista L., Tashkin D., Padilla G., Holmes C., Lynn M. B., & Grannis F. (2004). Impact of respiratory symptoms and pulmonary function on quality of life of long-term survivors of non-small cell lung cancer. *Chest*, 125(2), 439-445.

- Sarna L., Cooley M. E., Brown J. K., Chernechy C., Padilla, G., Danao, L., ... Elashoff, D. (2010). Women with lung cancer: quality of life after thoracotomy: a 6-month prospective study. *Cancer Nursing*, 33(2), 85-92.
- Sarna L., Cooley M. E., Brown J. K., Chernechy C., Elashoff D., & Kotlerman J. (2008). Symptom severity 1 to 4 months after thoracotomy for lung cancer. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 455-468.
- Sellick, S, M., & Edwardson, A, D. (2007). Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale. *Psycho-Oncology*, 16(16), 534-542.
- Stephan, F., Boucheseiche, S., Hollande, J., Flahault, A., Cheffi, A., Bazelly, B., & Bonnet, F. (2000). Pulmonary complications following lung resection: a comprehensive analysis of incidence and possible risk factors. *Chest*, 118(5), 1263-1270.
- Tulman, L., Fawcett, J., McEvoy, M. D. (1991). Development of the inventory of functional status-cancer. *Cancer Nursing*, 14(5), 254-260.
- Wang, S. Y., Tsai, C. M., Chen, B. C., Lin, C. H., & Lin, C. C. (2008). Symptom clusters and relationships to symptom interference with daily life in Taiwanese lung cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(3), 258-266.
- Yang, Ping., Cheville, Andrea L., Wampfler, Jason A., Garces, Yolanda I., Jatoi, Aminah., Clark, Matthew M., ...Aubry, Marie-Christine. (2012). Quality of life and symptom burden among long term lung cancer survivors: changing and adapting. *Journal of Thoracic Oncology*, 7(1), 64.

부록 1. 기관윤리위원회 연구 승인서

Date: 2014/12/15

주소 : 138-736 서울특별시 송파구 올림픽로 43길 88 서울아산병원 TEL : 02-3010-7166, FAX : 02-3010-7318

심의결과 통지서

심의결과 통지일		2014년 06월 13일					
과제번호	2014-0587						
과제명	폐엽절제술을 받고 퇴원한 폐암 환자의 기능상태 및 가정간호 요구도						
연구책임자	소속	간호3팀	직위	대리	성명	신진아	
의뢰자	소속	IIT			성명		
연구상세 분류	연구대상	기타 (일 병원의 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 시행받은 자)					
	연구방법	기타 (조사연구), 단면조사연구, 설문조사연구, 전향적연구					
	연구단계	기타 (조사연구)					
심의종류	보완						
심의결과	연구개시 및 지속, 변경이 가능한 결과	<input checked="" type="checkbox"/> 승인 <input type="checkbox"/> 기존대로 연구지속 <input type="checkbox"/> 연구자에 대한 조치 <input type="checkbox"/> 기각 <input type="checkbox"/> 승인된 연구의 조기종료 <input type="checkbox"/> 승인된 연구의 일시중지 <input type="checkbox"/> 연구는 지속하나 이후 연구대상자에게 이루어지는 연구절차 중지 <input type="checkbox"/> 보완(재심의) <input type="checkbox"/> 보완(조건부) <input type="checkbox"/> 연구는 지속하나 보완 필요 <input type="checkbox"/> 반려 <input type="checkbox"/> 시정승인 <input type="checkbox"/> 연구는 지속하나 새로운 연구대상자 모집 중지 <input type="checkbox"/> 기타					
	보완심의를 신청해야 하는 결과						
서류접수일	2014년 06월 10일			심의일	2014년 06월 11일		
지속심의 주기	<input type="checkbox"/> 3개월 <input checked="" type="checkbox"/> 1년 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 6개월 <input type="checkbox"/> 면제			승인유효기간	2015년 06월 10일		




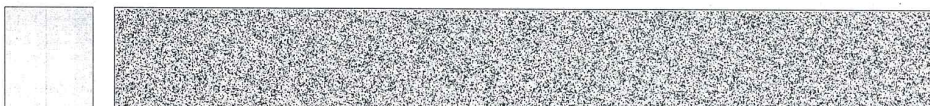
AMC IRB SOP  
(Ver 7.0\_01 February 2012)



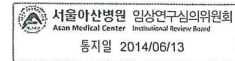
서울아산병원 임상연구심의위원회  
Asan Medical Center Institutional Review Board

부록 1. 기관윤리위원회 연구 승인서(continued)

기타 심의 의견	
본 위원회에서는 연구자가 제출하신 심의의견에 따른 보완을 심의한 결과 승인하기로 결정하였습니다. 보완내용: 접수번호 S2014-0745-0001 [보완(신규과제)]	
제출자료 목록 및 버전번호	
연구계획서(국문)(version 2) 피험자 설명문 및 동의서(국문)(version 2)	
임상연구심의위원회/기관생명윤리심의위원회	위원장 정종우 
<ul style="list-style-type: none"> <li>본 임상연구심의위원회는 국제표준화추진회의(ICH), 의약품임상시험관리기준/의료기기임상시험실시기준(KGCP) 및 생명윤리및안전에관한법률 등 관련 법규를 준수합니다. 본 연구와 이해상충관계가 있는 위원이 있을 경우 해당 위원은 연구의 심의에서 배제하였습니다.</li> <li>승인된 과제는 본원 피험자보호센터에서 내부점검(internal Audit)이 진행될 수 있습니다.</li> </ul>	



## 부록 2. 피험자 설명문 및 동의서



### 피험자 설명문 및 동의서

#### 피험자 설명문

연구제목	폐엽절제술을 받고 퇴원한 폐암 환자의 기능상태 및 가정간호 요구도					
연구책임자	성명	신진아	소속	서울아산병원	연락처	010 - 9325 - 1692
공동연구자	성명		소속		연락처	
연구담당자	성명		소속		연락처	
연구지원기관						

환자분께서 폐암 환자의 수술 후 기능상태 및 가정간호 요구도를 파악하기 위한 연구에 참여하여 주시길 요청 드립니다. 이 연구에 참여하실지 참여하지 않으실지에 대한 것은 전적으로 환자분의 결정에 따르는 것이며, 절대로 참여하시길 강요하는 것은 아닙니다. 이 연구는 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 받은 환자의 퇴원 후 첫 외래 방문 시까지의 가정에서 경험하는 기능상태 및 가정간호 요구를 파악하고, 체계적인 간호중재 계획 수립 및 수술 전과 퇴원 후 교육을 위한 기초자료를 제공하기 위한 연구로, 왜 환자분께 참여를 요청드리는지, 연구를 어떻게 하는지, 연구에 참여하실 경우 불편 등에 대해 자세히 아셔야 합니다.

아래의 글들은 환자분께서 연구에 대해 갖게 될지 모르는 궁금한 사항에 대한 대답들이니 꼭 읽어보시기 바라며, 잘 모르는 부분에 대해서는 연구를 진행하는 연구자에게 물어보시기 바랍니다.

환자분께서 궁금해하는 모든 질문에 대한 답을 들어 이해하셨고, 이 연구에 참여하고 싶다고 결정을 내렸을때, 연구를 시작하기 위하여 환자분 또는 환자분의 배우자나 자녀 등 법정대리인이 동의서에 서명해야 합니다. 환자분께 연구에 대해서 설명한 연구책임자도 동의서에 서명하고 자필로 해당 날짜를 기재하셔야 합니다. 어른신의 서명은 어른신께서 이 연구와 연구에 따른 절차 및 위험성에 대해 설명을 들었고 이해하셨음을 의미합니다. 또한, 이 문서에 대한 어른신의 서명은 어른신께서 이 연구 참여하기를 원하신다는 것을 의미합니다.

#### 내가 이 연구에 참여해야 하나?

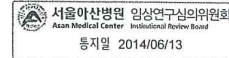
환자분께서는 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 시행 받으셨습니다. 수술 후 가정으로 퇴원 후 겪으셨던 증상과 불편함, 어떤 간호가 더 필요하신지 직접 느끼셨기 때문에 이에 대한 답을 충분히 주실 수 있기 때문입니다. 이는 연세대학교 간호대학원 석사학위논문과정에서 계획된 연구로 연구자가 근무하는 병원인 서울아산병원에서 진행하는 연구입니다.

#### 연구에는 어떤 사람들이 참여하게 되나요?

이 연구는 환자분처럼 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 시행 받은 사람들이 참여하는 연구로 다음의 기준을 만족하는 사람들이 참여하게 되며, 서울아산병원에서만 총 101명의 피험자가 연구에 참여하게 됩니다. 이 연구에 참여할 수 있는 기준과 참여할 수 없는 기준은 다음과 같습니다.



## 부록 2. 피험자 설명문 및 동의서(continued)



### ☞ 참여할 수 있는 기준

- 1) 의사소통이 가능한 만 19세 이상의 성인 남녀 환자
- 2) 이차암의 진단 없이 폐암만 진단받은 자
- 3) 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 시행 받고 퇴원 후 처음 외래를 방문한 자
- 4) 수술 전 항암 및 방사선 치료를 하지 않았고 암 치료를 위해 처음 수술을 시행한 자
- 5) 본 연구의 목적을 이해하고 참여하기로 서면 동의한 자

### ☞ 참여할 수 없는 기준

- 1) 19세 미만 미성년자
- 2) 이차암 진단이 있는 폐암 환자
- 3) 폐암 치료 위해 항암, 방사선 치료를 받은 자
- 4) 연구를 거부한 자

### 연구는 얼마동안 진행되나요?

환자분께서 동의서에 서명을 하시는 과정이 끝나면 연구를 시작하게 되며, 한번의 방문으로 끝나는 연구입니다. 이번 외래 방문에서 시행되며, 소요시간은 대략 15-20분 정도입니다.

### 연구에 참여하게 되면 어떤 방식으로 진행이 되나요?

이번 외래 방문에서 외래 진료 전 진료실 옆방에서 약 15-20분간의 설문지 작성을 연구자와 함께 하게 됩니다.

### 내가 해야 되는 일은 무엇입니까?

환자분께서 연구에 참여하기로 결정하시고 동의서에 자필로 서명하시면 연구가 시작됩니다. 환자분께서 드끼신 그대로 설문지에 작성 및 연구자의 질문에 대답해주시면 됩니다.

### 연구 참여시 가능한 불편은 무엇입니까?

외래 진료 전 15-20분간의 시간을 내는 것과 설문지를 작성하여야 하는 불편감이 있을 수 있습니다.

### 연구에 참여해서 내가 얻을 수 있는 이점이 무엇인가요?

환자분께서 이 연구에 참여함으로써 얻을 수 있는 직접적인 이득은 없습니다. 다만 환자분께서 제공해 주신 정보를 통해 환자분과 같은 질환을 가진 다른 환자들에게 적용할 수 있는 근거 있고 효율적인 퇴원 교육을 개발, 적용하는 바탕이 되는데 도움을 주실 수 있습니다.

### 연구에 참여함으로써 교통비처럼 따로 받게 되는 금전적인 보상이 있나요? 있다면 어떻게 주어야 하나요?

연구와 관련된 조사는 환자분께서 진료를 위해 병원에 방문하는 시점에 이루어 지기 때문에 연구에 참여하는 동안 연구에 참여하는 것에 대해 여러분께 따로 지원되는 교통비는 없습니다. 대신 참여보상으로 소정의 선물을 드립니다.

### 연구에 참여함으로써 내가 내야 할 비용이 있나요?

연구와 관련된 조사는 환자분께서 진료를 위해 병원에 방문하는 시점에 이루어 지기 때문에 연구에 참

## 부록 2. 피험자 설명문 및 동의서(continued)



여하는 동안 환자분께서 따로 내야 할 비용은 없습니다.

**연구에 대한 참여는 제 의지로 결정해도 되나요? 또한 원하는 경우 언제든지 그만둘 수 있나요?**

환자분께서 연구에 참여하시거나 참여하지 않는 것은 전적으로 환자분이나 환자분의 보호자가 자발적으로 결정하여야 합니다. 연구 참여여부와 관련하여 앞으로의 치료에서 어떤 불이익이나 차별도 없습니다. 연구를 진행하는 중이라도 환자분께서 원하는 경우 언제든지 연구에 대한 참여를 그만두실 수 있으며, 연구를 그만두는 것과 관련하여 어르신께서 받는 치료에는 아무런 영향도 미치지 않을 것입니다.

**연구에 참여한 나의 정보들은 어떻게 되고, 비밀은 지켜지나요?**

환자분께서 연구 참여에 동의하시면 환자분의 나이, 성별, 의학적 과거력, 수술경험 등과 같은 의학적 정보와 연구와 관련된 검사 결과 등의 각종 정보를 특정한 형식의 틀(종이 또는 컴퓨터)에 기록하여 보관하게 됩니다. 이 정보는 연구에 참여하는 연구진이 공유하게 되며 허락된 연구진 외에는 다른 사람은 볼 수 없도록 잠금장치사용 또는 암호사용 등을 통해 관리합니다. 귀하가 연구진행 도중에 연구 참여를 중단하게 되더라도 중단 전까지 모아진 환자분의 정보는 연구에 사용하게 됩니다. 또한 본 연구에서 얻어진 모든 정보는 국가 및 현지 법률에 따라 처리하게 됩니다. 환자분께서는 본 동의서에 서명함으로써 위의 모든 것을 허락하게 됩니다.

**연구하는 동안 궁금한 점이 있거나 연구와 관련하여 손상이나 문제가 생겼을 때 누구와 연락해야 하나요?**

연구에 참여하는 동안 이 연구에 대해 더 많은 정보를 알고 싶거나 환자분의 질환과 관련된 궁금한 것이 있다면 연구 담당자에게 연락해도 됩니다. 다음 사람과 연락을 취할 수 있습니다.

연구담당자 - 이름 : 신진아, 24시간 연락 가능한 전화번호 : 010-9325-1692

임상연구에 참여하는 동안 임상연구 참여자로서의 복지 및 권리에 대한 질문이 있는 경우 또는 연구와 직접적으로 관련되지 않은 누군가와 상담을 원하는 경우에 아래의 번호로 연락하시기 바랍니다.

피험자보호센터 02-3010-7161

서울아산병원 임상연구심의위원회 02-3010-7166

부록 2. 피험자 설명문 및 동의서(continued)

**피험자 동의서**

연구제목 : 폐엽절제술을 받고 퇴원한 폐암 환자의 기능상태 및 가정간호 요구도

동의서에 서명하기 전에 다음 사항을 다시 한번 확인하고 해당 칸에 √ 표기하여 주시기 바랍니다.

1	이 연구는 연구 목적으로 수행된다는 사실을 알고 계십니까?	<input type="checkbox"/>
2	이 연구의 목적 및 방법에 대해서 충분히 알고 계십니까?	<input type="checkbox"/>
3	이 연구에 참여하지 않아도 불이익을 받지 않으며, 참여하더라도 언제든지 중도에 참여를 거부하거나 중단할 수 있습니다. 또한 이에 따른 어떠한 불이익도 없다는 사실을 알고 계십니까?	<input type="checkbox"/>
4	이 연구에 참여함으로써 예측되는 이득에 대해 알고 계십니까?	<input type="checkbox"/>
5	이 연구에 참여함으로써 예측되는 불편에 대해 알고 계십니까?	<input type="checkbox"/>
6	이 임상시험에 참여함으로써 피해가 발생할 경우에는 보상과 치료를 받을 수 있으며 또한 누구에게 연락을 해야 하는지를 알고 계십니까?	<input type="checkbox"/>

본인은 본 연구와 관련된 모든 설명을 듣고 이해하였으며, 모든 궁금한 사항에 대하여 충분한 답변을 들었습니다. 충분한 시간을 갖고 생각한 이후에 본인은 상기 연구에 참여하기를 자발적인 의사에 의하여 동의합니다. 또한 본인은, 본인의 건강정보를 사용하고 공유하는 것을 허락하며, 동의서 사본 1부를 받게 될 것임을 알고 있습니다.

피험자 성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

동의서 서명일 \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

본인은 연구에 대하여 피험자 또는 피험자의 대리인에게 연구에 관하여 충분히 설명하였음을 확인합니다.

연구자 성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

동의서 서명일 \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

## 부록 2. 피험자 설명문 및 동의서(continued)

다음은 각각 해당사항이 있는 경우에만 서명하십시오.

본 대리인(친권자 또는 배우자)은 피험자의 의사표현능력 결여로 동의가 불가능하여, 피험자를 대신하여 임상시험 참가에 동의합니다.

피험자의 대리인 성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

피험자와의 관계 (\_\_\_\_\_)의 (\_\_\_\_\_)

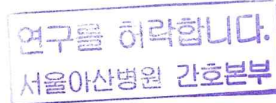
동의서 서명일 \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

본인은 피험자가 동의서 및 기타 문서화된 정보를 읽지 못하는 상황에서, 담당 의사가 본 연구에 대하여 피험자(또는 대리인)에게 충분히 설명하였고 피험자(또는 대리인)는 설명을 이해하고 임상시험의 참여를 동의(가능한 경우, 자필 서명)하였음을 확인합니다.

공정한 입회자 성명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

동의서 서명일 \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

### 부록 3. 설문지



#### 설문지

연구제목 :폐엽절제술을 받고 퇴원한 폐암 환자의 기능상태 및 가정간호 요구도

안녕하십니까?

저는 서울아산병원 간호사로 근무하고 있으며 연세대학교 대학원에 재학중인 중앙간호학 석사과정 학생 신진아입니다.

본 연구는 폐암으로 진단받고 폐엽절제술을 받은 환자의 퇴원 후 첫 외래 방문 시까지의 가정에서 경험하는 기능상태 및 가정간호 요구를 파악하고, 체계적인 간호중재 계획 수립 및 수술 전과 퇴원 후 교육을 위한 기초자료를 제공하기 위함입니다.

폐암으로 진단받고 항암, 방사선 요법을 받지 않고 폐엽절제술만 시행 받은 성인 101명이 참여할 예정으로, 본 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 연구참여에 동의한 분에 한해 수행될 것입니다. 또한 설문조사 도중 언제든지 그만둘 수 있으며 어떠한 위험이나 불이익도 없음을 약속드립니다.

바쁘시겠지만, 설문내용을 끝까지 읽으시고 귀하에게 해당되는 항목에 표시해주시면 감사하겠습니다. 설문조사에 소요되는 시간은 약 20분 내외이고, 작성하신 설문내용은 무기명으로 처리하여 개인의 정보나 응답하신 내용은 완전히 비밀이 보장되며, 본 연구목적 외에는 일체 사용하지 않을 것을 약속드리오니 솔직하게 응답해주시기 바랍니다. 본 설문에서 수집된 자료는 안전하게 보관되며, 연구논문이 인쇄자료로 발표된 후에는 분쇄폐기처리 될 예정임을 아울러 알려드립니다.

앞으로 폐암 환자들의 삶의 질 향상에 도움이 될 수 있도록 노력할 것을 약속드리며, 귀하의 건강을 기원합니다. 본 연구에 관하여 궁금한 점이 있으면 아래 연락처로 언제든지 문의해주시기 바랍니다. 피험자로서 귀하의 권리에 대하여 질문이 있는 경우에는 연구자에게 말씀하시거나 다음의 번호로 문의하실 수 있습니다.

다시 한번 귀하의 협조에 고개 숙여 감사드립니다.

연구담당자 : 신 진 아 올림(연락처: 010 - 9325 - 1692)

서울아산병원 피험자보호센터: 02 - 3010 - 7161

서울아산병원 임상연구심의위원회:02 - 3010 - 7166

### 부록 3. 설문지(continued)

#### I. 기능 상태

다음 각 문항에 대하여 현재 귀하의 상태를 가장 잘 표현한 항목에 "V"표를 해주십시오.

항 목	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
1. 힘쓰는 일을 할 때 어려움(예:무거운 짐 들기)				
2. 오래 걷는 것이 힘이 듭				
3. 낮에도 자리(침대)에 눕거나 기댐				
4. 식사, 옷입기, 화장실 갈때 도움이 필요함				
5. 일이나 일상생활을 하는데 제한을 가짐				
6. 취미생활, 여가활동을 하는데 제한이 있음				
7. 숙면을취하기 어려움				
8. 기침을 함				
9. 피 섞인 가래가 나옴				
10. 쉴 때도 숨이 참				
11. 걷거나 계단을 오를 때숨이 참				
12. 음식을 삼키기 곤란함				
13. 가슴에통증이 있음				
14. 팔이나 어깨에 통증 있음				
15. 다른 부위에 통증이 있음				
15-1. 있다면 어디가 아팠습니까?				
16. 신문, 텔레비전 시청이 어려움				
17. 정신적 긴장감을 느낌				
18. 걱정예 시달림				
19. 짜증이남				
20. 우울함				
21. 기억력 감퇴가 있음				
22. 가정생활 유지가 어려움				
23. 사회생활 하기가 어려움				

### 부록 3. 설문지(continued)

#### II. 가정간호 요구도

1. 가정간호 서비스 제도에 대해서 알고 계십니까?

☐ 전혀 모름   ☐ 명칭만 들어봄   ☐ 조금 알고 있다   ☐ 잘 알고 있다

2. 가정간호 서비스가 필요하다고 생각하십니까?

☐ 매우 필요하다   ☐ 필요하다   ☐ 필요하지 않다   ☐ 매우 필요하지 않다

3. 가정간호 서비스를 받으시겠습니까?   ☐ 받겠다   ☐ 받지 않겠다

3-1. 가정간호를 받겠다는 이유는 무엇입니까?

3-2. 가정간호를 받지 않겠다는 이유는 무엇입니까?

4. 지난 2주간 퇴원 후 집에서 다음과 같은 내용으로 자가간호를 할 때 간호사의 도움이 얼마나 필요하다고 느꼈는지 "V"표를 해주십시오.

항 목	전혀 필요 하지 않다	필요 하지 않다	보통 이다	필요 하다	매우 필요 하다
1. 혈압, 체온, 호흡, 산소 포화도를 잴다.					
2. 혈액, 소변, 대변 검사를 한다.					
3. 가래, 상처분비물의 검사를 한다.					
4. 영양제나 진통제 같은 주사를 준다.					
5. 필요한 먹는 약을 처방 받아 준다.					
6. 수술 상처 소독을 한다.					
7. 폐 운동을 한다					
8. 퇴원약, 외래일정에 대해 설명한다.					
9. 식이, 질병과 관련하여 주의 사항에 대한 정보를 제공한다.					
10. 환자 상태 변화 시 응급처치 하는 방법을 설명한다.					
11. 병원에 가야 하는 상태에 대해 알려준다.					
12. 보건소나 다른 병원 진료가 필요한 경우 연계한다.					

부록 3. 설문지(continued)

III. 일반적 특성

\* 다음 중 귀하에게 해당되는 부분에 "V"표를 하시거나, 해당 내용을 적어주십시오.

1. 성 별 : ☐ 남 ☐ 여
2. 연 령 : 만 \_\_\_\_\_ 세
3. 결혼상태 : ☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 사별 ☐ 기타
4. 교육정도 : ☐ 무학 ☐ 초등학교 ☐ 중학교 ☐ 고등학교 ☐ 대학교이상  
☐ 기타
5. 종 교 : ☐ 무교 ☐ 천주교 ☐ 기독교 ☐ 불교 ☐ 기타
6. 직 업 : ☐ 없음 ☐ 있음
7. 현재 주 간호자 : ☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 부모 ☐ 형제자매 ☐ 자녀  
☐ 기타
8. 함께 거주하는 가족: 누구?
9. 한달 평균수입 : ☐ 100만원 미만 ☐ 100-200만원 ☐ 200-300만원  
☐ 300만원 이상
10. 흡연 : ☐ 흡연한 적이 없다. ☐ 같이 사는 가족 중에 흡연자가 있다.  
☐ 지금은 끊었다 (이전 흡연량은 하루 갑씩 년 동안  
금연한지 얼마나 되었나요? 년)  
☐ 현재 흡연중이다( 하루 갑씩 동안)
11. 음주 : ☐ 전혀 마시지 않는다. ☐ 지금은 끊었다. ☐ 마신다.
12. 평소 운동량은 얼마나 되십니까? ☐ 전혀 하지 않는다.  
☐ 1회 30분 미만으로 일주일에 1-2회 미만  
☐ 1회 30분 이상으로 일주일에 1-2회 이상  
☐ 1회 30분 이상으로 일주일에 3회 이상



### 부록 3. 설문지(continued)

#### IV. 질병관련 특성

\* 다음 중 귀하에게 해당되는 부분에 "V"표를 하시거나, 해당 내용을 적어주십시오.

1. 폐암 외 다른 질환이 있었나요?

- ☐ 당뇨      ☐ 고혈압      ☐ 호흡기 질환(폐결핵, 만성폐쇄성 폐질환, 천식)  
☐ 기타

2. 입원 일수는 어떻게 되십니까? \_\_\_\_\_ 일

3. 퇴원은 어떻게 이루어졌습니까?

- ☐ 지시에 따른 퇴원  
☐ 자의 퇴원

4. 퇴원 후 수술 부위 소독을 하였습니까?

- ☐ 예      ☐ 아니오

4-1. 만약 하였다면 어디에서 하였습니까? \_\_\_\_\_

4-2. 만약 하였다면 얼마나 자주 하였습니까? \_\_\_\_\_

5. 배액관을 가지고 퇴원하였습니까?

- ☐ 예      ☐ 아니오

★ 설문에 응해주셔서 대단히 감사합니다 ★

### 부록 3. 설문지(continued)

<신체상태표> : 간호사가 환자 면담시 사용 측정함.

수준/ 신체상태 영역	Level I(1점) 문제가 경증 또는 회복된 상태	Level II(2점) 문제가 중등증으로 전문인력 의 간헐적인 도움이 필요로 되는 상태	Level III(3점) 문제가 중증으로 전 문인력의 집중적인 도움이 필요로 되는 상태
1)활력징후	활력징후가 계속 안정된 상태	활력징후가 불안정 상태이지 만 원인이 규명되고 투약으로 증상을 조절할 수 있는 상태 : 활력증상 감시가 요구되는 상 황	활력징후의 변화가 심한 상태
2)의식수준	의식이 명료하고 지남력이 있는 상 태	의식이 혼미하거나 무의식상 태이지만 불안정하지 않은 상 태 : 의식장애가 일정상태로 계속 유지되고 있는 상태	의식상태가 악화되 거나 변화될 가능성 이 있는 상태
3)영양	구강 섭취 상태로 영양상 문제가 없 거나 이미 해결된 상태	위관영양을 하고 있으며, 이로 인해 영양상 문제가 없는 상 태 : 특별식이나 치료식이 공 급되는 상태이거나 음식을 삼 키는 연습단계인 상태 : 일시 적, 단기간의 정맥 수액공급이 필요한 상태	영양 및 체액의 불 균형이 초래된 상 태 : 지속적인 오심, 구토가 있는 등 영 양상 문제가 있는 상태
4)호흡	호흡곤란이 없으 며, 규칙적인 호 흡을 하고 있는 상태 : 동맥혈가 스검사 결과가 정 상인 상태	기관지 누공 성형수술을 하고 있으며, 이로 인한 문제가 없 는 상태 : 객담배출을 적절하 게 하지 못하여 간헐적으로 인공적인 배출을 필요로 하는 상태 : 경증의 호흡곤란을 호 소하거나 비효율적인 호흡양 상을 보이지만 간헐적인 산소 공급으로 안정상태를 유지하 고 있는 상태 : 객담이 분비되 거나 또는 분비되지 않는 기 침이 있거나, 호흡곤란, 청색증	동맥혈 가스검사 결 과가 심한 불균형의 상태 : 객혈, 청색 증, 흉통을 동반하 는 호흡곤란 및 호 흡 이상이 있는 상 태 : 심한 호흡기계 감염, 이물흡입, 폐 쇄 등 문제가 심각 한 상태

부록 3. 설문지(continued)

	로 돌볼 수 있는 상태		
12)시설	가정내 시설이 전문인의 도움 없이 재활활동을 전적으로 수행할 수 있는 상태	가정내 시설이 전문인의 도움을 받아 재활활동을 일부 수행할 수 있는 상태	시설유무에 관계없이 전문인력의 집중적인 도움이 필요한 상태

< 환자 분류 지침 >

항목/분류	퇴원 대상자	가정간호 요구 대상자	입원치료 대상자
문제수준	환자문제가 경한 수준 또는 회복이 된 상태	환자문제가 중증수준으로 전문인력의 간헐적인 도움이 필요한 상태	환자 문제가 중증 수준으로 전문인력의 집중적인 도움과 감독이 필요한 상태
문제사정	12개 문제영역에서 모두 Level I으로 사정된 경우	12개 문제영역에서 Level III 가 없으며 1개 이상 Level II 가 사정된 경우	12개 문제영역에서 Level III 가 1개 이상 사정된 경우

환자 분류 : 최종 평가 : \_\_\_\_\_ 점

## ABSTRACT

### Health related quality of life and home care need of lung cancer patients discharged after lobectomy

Shin, Jin A

Department of Nursing

The Graduate School

Yonsei University

This study examined patients who had been diagnosed with lung cancer and received lobectomy to understand their health related quality of life and home care need experienced after their discharge from the hospital until the first hospital visit as an outpatient. Based on this examination, this study seeks to develop the basic materials necessary to build well-organized nursing intervention plans along with pre-operational and post-discharge education and nursing intervention.

Based on literature review, this research established its conceptual framework and set patients' health record and smoking experience as general characteristics herein. The stage of cancer and operation method were selected as the disease related characteristics of this study. The health related quality of life includes functional status (physical function, role function, emotional function, cognitive function and social function) and symptom experience. The home care need is structured by including a total of seven items of fundamentals of care, examination, medication and injection, education, counseling and consultation. This research data was collected on 101 patients

on their first visit as outpatients after receiving lobectomy in the general hospital A located in Seoul, South Korea. But two of them were dropped out to leave the final number of subjects 99 in total. These patients were surveyed from June 25 to December 24, 2014. SPSS statistics 21 was employed for this research data analysis.

The study findings are as follows:

1. The 99 research participants' average age is 60.28. Male participants account for 58.6% and female participants, 41.4%. 97 of them had non-small cell cancer and 2, small cell cancer. 47.5%, the largest part, was found to be in the 1<sup>st</sup> stage of lung cancer. As for SCLC, 2 participants were all in a limited cancer stage. The average period from diagnose to operation was 16.85 days. The video-assisted thoracoscopic surgery accounted for 80.8% of the cases, double the share of the thoracotomy.
2. Concerning the health related quality of life, the participants' functional status scored 83.35 on average. Cognitive function recorded the highest with 91.08 while physical function recorded lower with 71.97. Symptom experience averaged 25.96. Home care need was found to be 3.16 on average. Therapeutic care showed the lowest level of 2.31 whereas consultation service gave the highest level at 3.87.
3. It was found herein that depending upon the participants' marital status, significant differences were seen in the consultation item of home care need ( $t=2.080$ ,  $p<0.05$ ). Depending upon their cancer stages, significant differences were found in the examination item of home care need ( $F=3.104$ ,  $p<0.05$ ) and in the medication item ( $F=3.603$ ,  $p<0.05$ ). Their smoking experience was found to possibly cause significant differences in the counseling item of home care need ( $F=4.230$ ,  $p<0.05$ ). Significant differences were also found in

the therapeutic care according to pulmonary comorbidity ( $t=2.083$ ,  $p<0.05$ ). Depending upon operational methods, the medication item showed significant differences ( $t=2.155$ ,  $p<0.05$ ). Lastly, the period between diagnosis and operation was found to have a significant difference with the whole home care need ( $F=4.351$ ,  $p<0.05$ ). Among the items, examination ( $F=6.489$ ,  $p<0.05$ ) and medication ( $F=3.321$ ,  $p<0.05$ ) were found to have significant differences.

4. The examination showed a significant negative correlation with the overall functional status ( $r=-.201$ ,  $p<0.05$ ). The therapeutic care was found to have a statistically significant negative correlation with physical function ( $r=-.336$ ,  $p<0.01$ ), role function ( $r=-.367$ ,  $p<0.01$ ), social function ( $r=-.306$ ,  $p<0.01$ ) and overall functional status ( $r=-.342$ ,  $p<0.01$ ). The physical function showed a statistically significant negative correlation with overall home care need ( $r=-.242$ ,  $p<0.05$ ).

Consequentially, it was found in this research that, spouseless patients had a higher home care need for counseling; patients at a higher cancer stage had a stronger home care need for examination and medication; and those who had smoked more for longer had a higher home care need for counseling. Patients with pulmonary comorbidity were found to have a higher home care need for therapeutic care. The longer the period between diagnosis and operation, the more their home care need for examination and medication. The lower the overall functional status, the stronger their home care need for general aspects including examination and therapeutic care, especially. The poorer the physical function, role function and social function; the stronger their demand becomes for therapeutic care. For these reasons, it seems necessary to learn and assess in advance post-lobectomy lung cancer patients' pulmonary comorbidity, marital status, cancer stage, smoking experience and the period between diagnosis and operation in order to build an intervention for patients' self-care after leaving a

hospital or provide appropriate home care.

---

Key words : Lung cancer, Smoking experience, Pulmonary comorbidity,  
Physical function, Role function, Social function, Health related  
quality of life, Home care need